

Curso de Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização
Enfermagem de Reabilitação**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA TORÁCICA

Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino

Lisboa
Maio de 2014

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização
Enfermagem de Reabilitação**

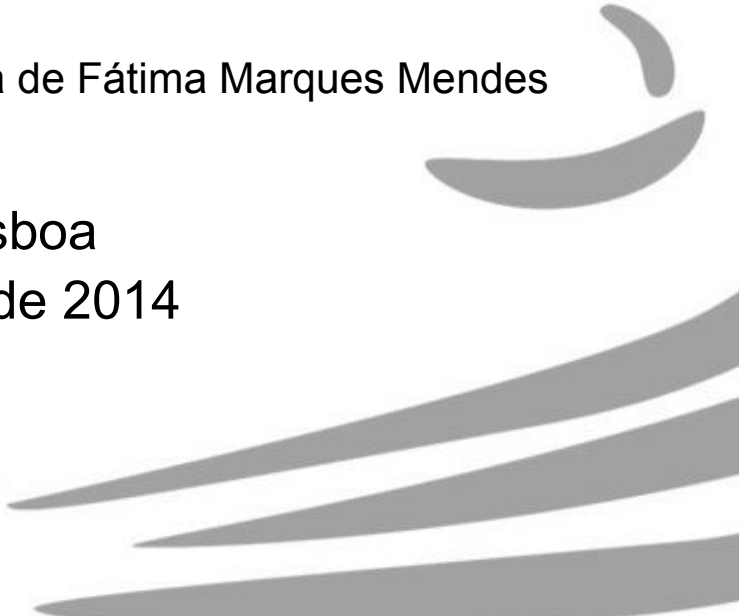
RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRÚRGIA TORÁCICA

Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino

Professor orientador: Maria de Fátima Marques Mendes

Lisboa
Maio de 2014



“É fácil querer ser flor, difícil é querer ser raiz!».

Nídia Salgueiro

AGRADECIMENTOS

A realização de qualquer trabalho é sempre o resultado do envolvimento, esforço e dedicação de quem o realiza. Contudo, também envolve sempre a parceria de várias pessoas para que o mesmo seja concretizado.

Um forte agradecimento à professora Maria de Fátima Mendes Marques, orientadora deste estágio clínico, e do respetivo relatório, pelos seus ensinamentos, encorajamento e disponibilidade, assim como pelas suas orientações que foram imprescindíveis para o término do estágio e deste relatório. Um muito obrigado!

Também um obrigado especial, às enfermeira Idalina Madeira e Maria Teresa Gadanho, pela motivação e disponibilidade demonstradas e pela transmissão dos preciosos conhecimentos.

Aos professores que lecionaram este curso, pela formação dada e pelo conhecimento partilhado e a todos os colegas do IVCMEER, pela viagem conjunta destes 15 meses. Em especial à Lúcia, à Joana, ao Ricardo e ao Mário, por todos os momentos partilhados, quer eles tenham sido bons momentos ou menos bons!

Aos meus colegas de trabalho, por estarem sempre presentes.

Aos meus familiares e amigos que, uma vez mais, compreenderam a importância desta formação, e me apoiaram (apesar das minhas faltas) e que, de muitas formas, me ajudaram em todo este processo, tornando este caminho árduo bem mais fácil.

Ao Luís, marido, amigo e companheiro, pelo apoio, compreensão, críticas, leituras, revisões. Pelo otimismo que insistentemente me transmitiu para que eu alcançasse mais esta etapa na nossa vida.

À minha querida filha Sara, a quem privei de cuidados, de atenção e de disponibilidade durante todo este percurso. Queria ser enfermeira e deixou de querer!

RESUMO

Este relatório teve como objetivo principal a análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas durante a unidade curricular de estágio clínico, inserido na área de especialização de enfermagem de reabilitação, servindo de documento de avaliação para a obtenção do título de mestre na referida área.

Este estágio clínico foi repartido em dois momentos: um momento num serviço de cirurgia torácica de um hospital do distrito de Lisboa, e um outro momento numa ECCI pertencente ao mesmo distrito. O cuidado centrado na pessoa e família ocupa um lugar central ao longo de todo o relatório, uma vez que as condições e os fatores existentes podem condicionar o processo de transição saúde-doença, vivenciado de forma positiva.

De forma transversal, houve uma conjugação dos conhecimentos teóricos com a prática clínica e a reflexão sobre a mesma, permitindo a construção de uma identidade profissional como enfermeira especialista de reabilitação. Em contexto específico, no serviço de cirurgia torácica desenvolvi competências em cuidados especializados de reabilitação na pessoa submetida a cirurgia torácica, facilitando o seu processo de transição saúde-doença e, paralelamente, investi também no meu desenvolvimento profissional e na colaboração de formação em serviço. Da mesma forma, na ECCI, prestei cuidados especializados de reabilitação, com ênfase na reeducação motora e de eliminação. As atividades e competências desenvolvidas, dificuldades sentidas, estratégias utilizadas para melhoria e implementação no decorrer do estágio, são descritas em relatório, efetuando também a análise retrospectiva sobre o trabalho desenvolvido e algumas sugestões futuras.

Palavras-Chave: cirurgia torácica; enfermeira especialista, pessoa, reabilitação, transição.

ABSTRACT

The aim of this report is a reflective analysis of the skills acquired and developed during the course of clinical internship, inserted in the specialized area of rehabilitation nursing, serving as an assessment document for obtaining a master's degree in that referred domain.

That internship was divided into two phases: a moment in thoracic surgery at a hospital in the district of Lisbon, and one other time in an ECCL belonging to the same district service. The person and family centred care occupies a central place throughout the report, since the conditions and existing factors might influence the transition process health-disease experienced positively.

Transversely, there was a combination between theoretical and clinical practice also with some reflection over the same knowledge, allowing the construction of a professional identity as a specialist rehabilitation nurse. In the specific context of thoracic surgery department, I've developed skills in specialized rehabilitation care in the person underwent thoracic surgery, facilitating their transition health care and, in parallel, I've also invested in my professional development as well as in the collaboration with the service training.

Likewise, in the ECCL unit I've provided skilled rehabilitation care, with an emphasis on motor re-education and disposal. The activities and skills developed, difficulties encountered, strategies used to improve implementation and during the internship, are described in the report, also performing a retrospective analysis of the work and some future suggestions.

Keywords: thoracic surgery; nurse specialist, person, rehabilitation, transition.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde

APA – American Psychological Association

ATS / ERSSPR – American Thoracic Society and European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CATR – Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPC – Complicações Pós-Cirúrgicas

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EC – Estágio Clínico

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNS – Plano Nacional de Saúde

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RFM – Reeducação Funcional Motora

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

TEF – Técnica de Expiração Forçada

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

VD – Visitas Domiciliárias

ÍNDICE

Introdução	11
1. Descrição e Análise Crítica das Atividades Desenvolvidas	21
1.1. Reabilitar num Serviço de Cirurgia Torácica	23
1.1.1. Pré-operatório e vulnerabilidade	25
1.1.2. Intraoperatório e mudança	35
1.1.3. Pós-operatório e transição	36
1.2. Reabilitar numa ECCI	45
1.3. “Reabilitices”: Aquisição de competências e limitações	51
2. Avaliação	54
3. Considerações finais e perspetivas Futuras	58
4. Referências Bibliográficas	61

ANEXOS

Anexo I – Folha de registo do EEER

Anexo II – Formação em Cuidados Paliativos em AVC

APÊNDICES

Apêndice I – Objetivos de EC

Apêndice II – Cronograma do EC

Apêndice III – Plano de Cuidados do EC em Serviço de Cirurgia Torácica

Apêndice IV – Serviço Cirurgia Torácica: Formação em Inaloterapia

 IV a.) Sessão de Formação

 IV b.) Avaliação da Formação

 IV c.) Tabela de Resultados

Apêndice V - Reflexões realizadas no EC do Serviço de Cirurgia Torácica

Apêndice VI – Reflexões realizadas no EC em ECCI

Apêndice VII – Planos de Cuidados realizados em EC na ECCI

INTRODUÇÃO

A exercer a minha atividade como enfermeira em internamentos cirúrgicos há cerca de nove anos, reconheço que, cada vez mais, emerge a necessidade de uma formação contínua aliada à prática clínica, para consolidar as intervenções de enfermagem que diariamente são realizadas e que contribuem para a construção da identidade profissional da enfermagem. Foi esse contexto (necessidade de desenvolver e aprofundar competências) que me levou a frequentar o IV Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O relatório de estágio desenvolvido enquadra-se na Unidade Curricular de Estágio Clínico (EC), previsto no plano de estudos do Curso de Mestrado supracitado. Esse EC teve o seu percurso ao longo de 465 horas, subdividido em 305 horas num hospital de referência na cirurgia torácica (serviço de cirurgia torácica), e em 160 horas num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), com Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), localizado na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Os locais de estágio tiveram por base as disponibilidades facultadas pela ESEL e, paralelamente, também opções de foro pessoal e profissional (tornar-me uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação; o meu interesse por este tema e vontade de aumentar os meus conhecimentos nesta área; potencial de desenvolvimento para a minha carreira, dado o reduzido número de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação no hospital onde exerço funções), sempre com o objetivo de maximizar a aquisição de competências como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação (EEER). Dei especial relevância à escolha efetuada pelo serviço de cirurgia torácica, uma vez que essa opção teve por base uma clara orientação pela procura de um conjunto de conhecimentos e competências específicas inerentes ao cuidar da pessoa submetida a cirurgia torácica, e que não estavam acessíveis em qualquer outro dos internamentos cirúrgicos disponíveis.

Além disso, este hospital é considerado um exemplo de boas práticas, nomeadamente naquilo que diz respeito ao tratamento cirúrgico de patologias do foro respiratório, fator relevante para a realização dos objetivos preconizados para este estágio.

A realização deste relatório representa o culminar de dois estágios clínicos que visaram a aquisição e desenvolvimento das competências do EEER, tendo em conta os regulamentos emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010a e 2010b), em contexto de interação com o indivíduo, família e comunidade, e que permitiram intervenções do EEER à pessoa submetida a cirurgia torácica.

O relatório de estágio pressupõe uma descrição analítica de todo o percurso formativo decorrido ao longo dos vários contextos de estágio, com ênfase nas competências adquiridas e desenvolvidas na aprendizagem para EEER. O método utilizado é descritivo, analítico e reflexivo, tendo por base pesquisa bibliográfica, observações dos contextos e processo de cuidar, bem como o planeamento, a execução e a avaliação das atividades desenvolvidas, privilegiando a componente científica, pelo facto de esta trazer contributos e conhecimentos credíveis para a melhoria da nossa prática, o que se denomina de prática baseada na evidência (PBE). Esta prática “ocorre quando a investigação científica é analisada e criticada e as descobertas são aplicadas à prática clínica” (Hoeman, 2011, p.55).

Este relatório segue essa linha de ação, dado que, segundo (Ferrito et al, 2010, p.32), “um relatório de projeto consiste num trabalho escrito onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo”. A mesma autora também refere que a principal vantagem na realização deste tipo de relatório “reside em permitir sistematizar, organizar e interpretar grandes quantidades de informação sob a forma de síntese, transmitindo não só a informação, como construir o seu processo de conhecimentos, com base no aprender fazendo” (Ferrito et al, 2010, p.33).

Globalmente, este relatório foi norteado pela Teoria de Afaf Meleis – Teoria das Transições Meleis (2010). A escolha desta teoria teve como base os processos de interação que acontecem durante esta fase de transição saúde-doença que a pessoa vai experienciar ao ser submetida a cirurgia torácica.

Durante todo este processo de transição existe a necessidade da pessoa ser acompanhada pelos enfermeiros, alcançar uma transição saudável e, também, a necessidade de bem-estar. Os enfermeiros preparam a pessoa e respetiva família para o processo de transição, facilitando a aprendizagem de novas competências para lidar com a transição de uma forma saudável, para que esta desenvolva o seu conhecimento e dê resposta às suas necessidades. A transição é, de facto, um foco central na enfermagem, que possibilita o acompanhamento das pessoas através dos seus processos de transição. Este acompanhamento basear-se-á na facilitação das transições da pessoa e família, devendo a enfermagem centrar a sua atenção no processo e nas experiências dos seres humanos em transição, onde a saúde e o bem-estar são percebidos como resultados (Meleis, 2010).

A problemática por mim eleita para estudo – **Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a cirurgia torácica** – está diretamente relacionada com o facto de cuidar de um cada vez maior número de pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas abdominais altas¹ no serviço onde atualmente exerço funções. Nomeadamente, cirurgias torácicas e as subsequentes complicações pós-cirúrgicas (CPC)² que delas derivam, afetando as atividades de vida e o autocuidado dos mesmos.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011), no ano de 2010 foram realizadas cerca de 2.511 cirurgias diárias (onde se incluem as cirurgias torácicas), um valor que correspondeu a um aumento de cerca de 4,6 %, face ao ano de 2009. Também os dados estatísticos apresentados pela Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) (2011) referem que os episódios relativos a

¹ Intervenção cirúrgica realizada acima da linha da cicatriz umbilical, nomeadamente na região torácica e abdominal (Trevisan, Soares e Rondinel, 2010).

² As CPC são definidas como uma segunda doença, inesperada, que pode ocorrer até trinta dias após o procedimento, ou a exacerbação de uma mesma doença preexistente antes da cirurgia (Pasquina, et al, 2006).

atos cirúrgicos relacionados com cirurgia torácica têm vindo a aumentar. Este crescimento está diretamente relacionado com “o progresso das técnicas cirúrgicas, da assistência anestésica, e a manipulação de sangue e hemoderivados, assim como o aumento da esperança média de vida” (Melo,1989, p.32). Ou seja, aquilo que outrora era considerado inoperável (pelo risco associado de mortalidade da pessoa), hoje já é possível que a pessoa seja submetida a cirurgia com resultados positivos. Ainda assim, e apesar de todo este progresso, continuam a existir riscos associados às cirurgias.

A evidência consultada revela que podem ocorrer várias CPC, sendo estas uma causa de aumento da taxa de morbilidade e mortalidade, o que implica uma necessidade de cuidados aumentados e, conseqüentemente, um incremento do tempo de internamento hospitalar por parte da pessoa que foi submetida a cirurgia torácica. (Decker e Schil, 2003; Neto, Thomson e Cardoso, 2005; Rassam et al, 2009; Yáñez et al, 2009).

A possibilidade de intervenção de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação é extensa e poderá ser objeto de implementação em todos os serviços hospitalares – tal como é preconizado pela Administração Central dos Sistemas de Saúde (2002) –, assim como nos centros de saúde e no domicílio da pessoa. Em qualquer um dos diferentes tipos de locais atrás mencionados, o EEER desenvolve estratégias para intervir na prevenção da incapacidade ou para potencializar a máxima qualidade de vida na pessoa com necessidade de reabilitação. Ora, no hospital onde atualmente exerço funções como enfermeira verifica-se que, no meu serviço, a intervenção do EEER é hoje inexistente, mas pretendo contribuir para que tal situação se altere e, com o conjunto de conhecimentos agora adquiridos, passar a ser parte integrante do corpo de EEER nessa instituição.

Pelos motivos atrás referidos (a minha própria curiosidade intelectual, o meu interesse pelo tema e o desejo de aumentar conhecimentos nesta área, bem como a tomada de consciência da responsabilidade de um relatório deste teor), e tendo em conta a área da problemática traçada, tive presente os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação no domínio da prestação de cuidados especializados, que permitam dar resposta às necessidades da pessoa submetida a cirurgia torácica;
- Desenvolver estratégias para a elaboração e implementação de planos de intervenção individual de reabilitação da pessoa submetida a cirurgia torácica, com o objetivo de maximizar a sua qualidade de vida e bem-estar, através de uma transição positiva e saudável;
- Desenvolver competências que permitam dar resposta às necessidades da pessoa com alteração da mobilidade.

A procura e a necessidade de qualidade de cuidados são tão antigas como a existência do próprio Homem. Só assim se justifica que a prestação de cuidados elementares, antigamente prestados por leigos, tenha evoluído para os cuidados especializados de que atualmente podemos usufruir nos serviços de saúde.

Hoje em dia, as pessoas estão mais conhecedoras e cientes dos seus direitos, exigindo, enquanto pagadores, mais e melhores cuidados de saúde e outros tipos de serviços que vão de encontro às suas expectativas e satisfaçam as suas necessidades Cardoso (2002). Os mesmos, esperam de cada instituição não só a cura, mas também a aquisição de conhecimentos que lhes permitam melhorar a sua qualidade de vida.

Uma pessoa adulta estabelece o seu destino de forma autónoma, de acordo com o seu projeto de vida e de saúde. No entanto, e apesar de ter capacidade de modificar o ambiente que a rodeia e adaptar os seus comportamentos, encontra-se por vezes perante fatores ou complicações que advêm de interrupções de saúde que, sozinha, não consegue ultrapassar.

Quando a pessoa tem necessidade de ser submetida a uma cirurgia torácica, seja ela eletiva ou de urgência, este ato cirúrgico pode ser interpretado como limitador do seu potencial máximo, representando a necessidade de uma readaptação na rotina do seu dia-a-dia, a nível do contexto familiar, profissional social e cultural. A pessoa é confrontada com limitações que a tornam suscetível a várias CPC, que podem ser consideradas um fator de crise e de mudança, afetando não só a pessoa que a vivencia, como também as pessoas significativas que a

rodeiam Meleis (2010). Durante este processo, a pessoa vivencia períodos de transição, nomeadamente de saúde-doença (definido como uma mudança na condição de saúde, nas relações, expectativas, habilidades) requerendo, por isso, que as pessoas incorporem novos conhecimentos, modifiquem comportamentos e, portanto, se redefinam num novo contexto social Estrela (2012). Nesse sentido, podemos enfatizar que a cirurgia permite ser classificada como uma transição. Chick & Meleis (1986), citados por Meleis (2010), definem a transição como a passagem de uma fase, condição ou estado para outro, referindo-se quer ao processo, quer ao próprio objetivo da interação pessoa-ambiente, entre dois períodos de tempo relativamente estáveis.

O princípio da Teoria das Transições na Enfermagem surgiu com o objetivo de conceptualizar um potencial problema que a pessoa pode vir a sofrer se não estiver devidamente preparada para uma experiência de transição, bem como descrever medidas de prevenção e intervenções terapêuticas a desenvolver pelo enfermeiro Januário (2013). É, por isso, uma teoria de médio alcance³ e que consiste nos tipos e propriedades das transições experienciadas, nas condições facilitadoras e inibidoras, nos indicadores de processo, nos indicadores de resultado e, por fim, nas intervenções terapêuticas de enfermagem. Esta teoria “tem potencial para facultar aos profissionais de enfermagem um quadro de referências consistente, capaz de ajudar a identificar estratégias e intervenções de enfermagem dirigidas a pessoas em transição” (Abreu, 2008, p.45). Segundo a mesma teoria, existem quatro tipos de transições: **Desenvolvimento** (que ocorrem ao longo do ciclo de vida); **Situacionais** (que são vivenciadas na alteração de papéis em contexto profissional ou educacional); **de Saúde-Doença** (que incluem mudanças súbitas de papel, em resultado da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou

³ A teoria de médio alcance tem um espectro limitado, com pouca abstração, lidando com fenómenos e conceitos específicos, tendo reflexos ao nível administrativo, clínico ou académico. Os fenómenos e conceitos tendem a cruzar diferentes áreas de atuação em enfermagem refletindo uma variedade de situações, no cuidar em enfermagem Tomey e Allgood (2004).

crónica ou, de outro modo, de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar); e **Organizacional** (que se referem a alterações das organizações e do seu ambiente, com impacto para a pessoa que lá trabalha, e que podem precipitar mudanças a nível político e económico) Meleis (2010). A essas transições pode ser atribuído o significado de positivas, neutras ou negativas. A transição pode ser desejada ou não, podendo ser uma escolha pessoal ou não Meleis (2010). Nesta relação, os enfermeiros deixam de decidir pela pessoa. Ou seja, o enfermeiro começa a ser um parceiro na saúde da pessoa, passando esta a ter uma corresponsabilidade na sua própria recuperação.

Pode-se, então, dizer que a doença é vista como sendo parte da saúde, isto é, a saúde faz parte do próprio indivíduo, e até mesmo da sua família, que também está em interação com o ambiente. Os cuidados de enfermagem visam garantir o bem-estar da pessoa, tal como ele o define, assim como a existência de uma parceria entre o enfermeiro e a pessoa nos cuidados individualizados, havendo, por isso, um processo ativo da pessoa na sua própria recuperação Meleis (2010). São cuidados centrados na pessoa, garantindo que as decisões relacionadas com a prestação e organização dos cuidados têm como “principal critério o interesse da pessoa, as suas expectativas, preferências e valores” (McCormack & McCance, 2010, p.54). A parte integrante do ambiente é a pessoa. Por isso, quando o ambiente sofre uma mudança, também a pessoa irá sofrer simultaneamente essa mudança. É por essa razão que se diz que o ambiente está em interação constante com a pessoa. A pessoa é vista como um ser-humano único, um ser biopsicossocial, que não se consegue isolar do universo. Está em constante interação com o meio envolvente, seja este externo ou interno.

Cada indivíduo tem uma noção de qualidade de vida de acordo com as suas prioridades e potencialidades (Meleis et al, 2000). Uma vez que a Enfermagem é a arte e a ciência que visa facilitar os processos de transição do Ser-Humano, ela tem como missão promover uma transição saudável, de forma a aumentar os ganhos em saúde, focando as suas terapêuticas na prevenção, promoção e intervenção em todo o processo de transição. Neste sentido, cuidar significa o processo que facilita o sucesso das transições (Meleis et al, 2000).

Os EEER intervêm e desenvolvem os seus cuidados de reabilitação tanto em contexto hospitalar, como em contexto comunitário, mas fazendo com que a questão central da sua atividade perante a pessoa de quem cuida seja a qualidade de vida. Tal sucede em resultado do desenvolvimento de todo um conjunto de estratégias, conhecimentos e experiências acrescidas, permitindo tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, de forma a maximizar o potencial da pessoa, evitando ou minimizando incapacidades e, ainda, melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas Hoeman (2000).

A Enfermagem de Reabilitação (ER) centra o seu modo de ação na pessoa, sendo que todas as suas intervenções são voltadas especificamente para a reabilitação da pessoa, apoiando-a na sua autodeterminação, na promoção de um sentimento de segurança e de uma vida significativa Routasalo; Arve e Lauri (2004). A atuação do EEER na pessoa submetida a cirurgia torácica pode ser interpretada como um processo criativo, que começa nos cuidados preventivos imediatos e continua na fase de recuperação, implicando a adaptação de todo o ser a uma nova vida Hoeman (2000).

O enfermeiro está habilitado a assistir as pessoas que vivem transições, cujo objetivo não é apenas conhecer a teoria, mas, a partir da sua utilidade, usar formas para aplicar este conhecimento na prática. Assim sendo, o enfermeiro trabalha com as pessoas antes, durante e após o processo de transição Meleis (2010). Resultante desta prática, Benner (2005) explica que os domínios da prática de enfermagem envolvem competências e responsabilidades que devem ser adquiridas na formação inicial dos enfermeiros, mas desenvolvidas ao longo da vida profissional, caminho este com o ponto de partida de iniciado, passando a iniciante avançado, a competente, a proficiente e, no final, a perito.

A diferença que existe entre o cuidar de um enfermeiro generalista e o cuidar do especialista é que este último já não necessita de um princípio analítico para chegar à causa da situação. Consegue compreender de forma intuitiva a situação, pela

aquisição de competências e experiências que vão permitir apreender o problema Benner (2005).

A visão de um especialista contribui para a clareza dos cuidados a prestar de forma fundamentada, crítica e reflexiva, na qual se inclui a promoção, a prevenção e a reabilitação Gomes (2008).

Este relatório pretende transmitir o percurso que experienciei ao longo do EC, bem como todo o trabalho de aprendizagem daí decorrente. Nele, procuro identificar as competências adquiridas e desenvolvidas, bem como refletir sobre a influência das experiências vivenciadas no meu desenvolvimento, tanto pessoal, como profissional. É minha intenção que este documento escrito seja demonstrativo do caminho percorrido relativamente ao processo de aprendizagem, conhecimentos mobilizados e competências que foram adquiridas e desenvolvidas, com recurso ao pensamento crítico e à análise reflexiva do meu plano de atividades, com base na observação, reflexão e integração dos saberes adquiridos ao longo do referencial teórico e cujas capacidades, competências e conhecimentos procurei mobilizar.

A presente exposição orienta-se por quatro momentos: o primeiro está presente nesta introdução, na qual se contextualiza e justifica a escolha da temática com base nos contributos da investigação, no modelo teórico a utilizar e no meu contexto profissional; o segundo momento é aquele onde reflito sobre os estágios clínicos no serviço de cirurgia torácica e na ECCL, nos quais desenvolvi as atividades preconizadas, dando resposta aos objetivos delineados no projeto e, também, sobre as competências adquiridas e limitações; o terceiro momento consiste numa avaliação reflexiva sobre os fatores facilitadores do processo de ensino e aprendizagem, sobre os constrangimentos encontrados e as dificuldades vividas, assim como uma apreciação geral deste relatório; no quarto e último momento, constam as considerações finais e sugestões futuras enquanto mais-valias para a prática da enfermagem de reabilitação.

Para ter uma uniformização deste relatório, foram consideradas as indicações da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e seguidas as disposições e critérios da Norma American Psychological Association (APA) adotada pela ESEL Godinho (2013). Toda a informação considerada importante será remetida para anexos

(elaborados por outros) e apêndices (criado por mim), os quais são apresentados pela ordem pela qual são referenciados ao longo deste relatório.

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A reabilitação é considerada uma especialidade multidisciplinar⁴, a qual compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas em situação de doença aguda, doença crónica, ou com sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência (Gomes, Rocha, Martins e Gonçalves, 2014). Estas autoras referem ainda que a reabilitação tem acompanhado as alterações de cenários no campo da saúde, movendo-se dos cuidados em contextos de agudos para uma maior intervenção nas situações crónicas. A mesma autora também salienta a importância da reabilitação não estar direcionada exclusivamente para a recuperação ou adequação física dos indivíduos, mas considerar o impacto da incapacidade nos vários domínios funcionais (físico, mental, emocional e social). Assim sendo, os enfermeiros preparam as pessoas para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagens nas experiências “saúde/doença” (Meleis et al, 2000).

O cuidar não é entendido pela enfermagem de reabilitação como um ato individual, é, antes, um ato de reciprocidade, construído em parceria, contribuindo decisivamente para a autodeterminação da pessoa na construção do seu projeto de saúde de forma livre e responsável. Para mim, um dos grandes desafios será assistir a pessoa a lidar com situações de transição quando submetida a cirurgia torácica, situações essas que afetam a sua saúde antes, durante e depois de uma transição ocorrer, durante o período perioperatório⁵. Este desenvolvimento de pensamento

⁴ O termo multidisciplinar refere-se à conjugação dos vários saberes disciplinares na compreensão dos problemas de saúde e na parceria nos processos decisórios Neves (2012).

⁵ A enfermagem perioperatória é entendida como a interligação entre três diferentes períodos, o pré, intra e pós-operatório, tendo como objetivo os cuidados ao cliente cirúrgico Cabral (2004).

tem como base toda a recolha de informação obtida durante o diagnóstico de situação, experiências vividas, competências adquiridas durante todo o processo de cuidados de enfermagem específicos e diferenciados, onde se inclui o plano de cuidados à pessoa com necessidade de intervenção.

Grande parte desta reflexão fica demonstrada nos apêndices deste relatório, onde, para além das descrições das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, se podem encontrar também as reflexões críticas, a ação de formação realizada, a participação em ações de formação e as reuniões com outros parceiros, revelando não só a aquisição de conhecimentos, como também o crescimento pessoal e profissional.

As reflexões realizadas durante o contexto prático serão o meu guia de orientação para a descrição, reflexão e avaliação, mas também para a reformulação do percurso que foi necessário construir em termos de atividades desenvolvidas. Tendo presente os objetivos gerais que norteiam a realização do projeto de estágio (Apêndice I) e respetivo cronograma (Apêndice II), descrevem-se as atividades desenvolvidas para a execução dos mesmos, assim como as estratégias selecionadas e os recursos utilizados, com integração de uma sustentação bibliográfica que vai fundamentar as ações desenvolvidas.

No entanto, também se pretende que estas vão ao encontro da aquisição de competências comuns do Enfermeiro especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação definidas pela OE (2010).

É chegado agora o momento de fazer esse exercício de reflexão e análise.

1.1. Reabilitar num Serviço de Cirurgia Torácica

Para este EC foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na dinâmica do serviço;
- Desenvolver a capacidade de gestão de cuidados à pessoa submetida a cirurgia torácica, de acordo com os recursos existentes;
- Desenvolver intervenções de enfermagem de reabilitação ao indivíduo submetido a cirurgia torácica, para minimizar ou prevenir complicações pós-cirúrgicas;
- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia torácica, facilitando o processo de transição de forma positiva e saudável;
- Capacitar a pessoa submetida a cirurgia torácica, facilitando os processos de transição saúde/doença, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais.

A realização de uma cirurgia⁶, aliada ao internamento hospitalar, pode ser classificada como um processo de transição, nomeadamente de uma transição saúde/doença, uma vez que envolve mudanças que vão afetar interna e externamente o modo de vida quer da pessoa, quer de outros que estejam envolvidos neste processo. Este tipo de transição comporta, entre outros eventos, as experiências de conhecimento de um diagnóstico, a intervenção cirúrgica, a reabilitação e a recuperação Meleis (2010). Esta ideia é reforçada por Abreu (2008), quando refere que as transições podem construir momentos críticos para a pessoa, assim como oportunidades de aprendizagem para esta, mas também para os

⁶ Cirurgia é um procedimento terapêutico para uma diversidade de distúrbios fisiopatológicos Pedrolo et al (2001).

profissionais de saúde, exemplificando o procedimento cirúrgico como uma transição.

É um momento de crise e, mesmo sendo muito bem planeada, os riscos estão sempre presentes e são estes que provocam na pessoa um comportamento caracterizado pela ansiedade e *stress* em virtude de uma série de constrangimentos no quotidiano da pessoa que a vivencia (Biazin et al, 2002). Um estudo realizado por Gomes (2009) revela que a pessoa desenvolve uma série de sentimentos e emoções vividas nas três fases que constituem o período perioperatório. Através dos resultados desta investigação, verificou-se existir uma disparidade significativa relativamente ao tipo de emoções e sentimentos vividos pela pessoa nas três fases que compõem o perioperatório. Assim, enquanto no pré e intraoperatórios sobressaíram as vivências relacionadas com a componente emocional, no pós-operatório já foram mais evidentes as vivências relacionadas com a componente fisiológica. Também nas pessoas que cuidei estes sentimentos estavam presentes. Medo do que iria acontecer, medo de morrer, medo de deixar alguém.... Depois, já no período do pós-operatório, vieram ao de cima o medo de se mexer, para não “estragar” a cirurgia, a confusão na utilização dos drenos, a perda da autonomia transitória, mas relevante para a pessoa. No quadro abaixo, apresento alguns exemplos dessas situações:

Tabela 1: Exemplos de vivências da pessoa no pré e pós-operatório em contexto de EC

Nome da pessoa	Sentimentos pré-operatório	Sentimentos pós-operatório
Sr.^a A	“ Sou eu que trato da roupa, da comida e da horta, lá no centro. Se me acontece algo, não sei o que vai ser deles”.	“ Não estou habituada a que me lavem, é uma chatice”;
Sr.^a MCV	“ Tomo conta dos meus netos, para a filha conseguir trabalhar e poupar mais dinheiro. Só quero viver para continuar...”.	“Enf. ^a como está o líquido do dreno? Já posso voltar a comer?”

1.1.1. Pré-operatório e vulnerabilidade

No início do estágio fui acometida por um sentimento de vulnerabilidade⁷. Sentimentos como o medo e a insegurança, pelo facto de passar de uma situação de enfermeira na prestação de cuidados de enfermagem há 9 anos para uma nova situação como iniciada em cuidados de enfermagem de reabilitação, ou, também, pelo facto não ter a experiência e aptidões necessárias para resolver determinadas situações Benner (2005). Vieram-me à memória os conhecimentos adquiridos na unidade curricular de supervisão clínica sobre o processo de integração e as estratégias que podemos utilizar para que este se processe de forma ativa e positiva Simões (2004).

A integração na dinâmica do serviço decorreu de forma progressiva. Tive desde o primeiro momento a oportunidade de me sentir incluída em todas as atividades desenvolvidas e respeitada por todos os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, secretária de unidade, auxiliares e restantes profissionais que incorporam a equipa). A EEER supervisora acolheu-me no serviço e esteve sempre presente em todos os tempos, criando oportunidades variadas de aprendizagem e um bom ambiente, o que contribuiu para diminuir os meus medos relativamente à prestação de cuidados de ER à pessoa. Tive uma receção entusiástica por parte do enfermeiro chefe (que é um EEER), o qual, logo no primeiro dia, me proporcionou uma formação sobre drenagens torácicas. Esta formação foi extremamente útil e pertinente, pois ajudou-me a relembrar técnicas, conceitos e manuseamentos necessários para uma boa prática de cuidados gerais e especializados.

⁷ A vulnerabilidade é considerada a pré-disposição que surge na vida da pessoa em contexto de vivência diária e que é revelada através da compreensão das suas experiências e das respostas dadas durante a transição Meleis (2010). A vulnerabilidade apresentada neste relatório está relacionada com o processo de transição e é referente tanto à minha pessoa (transição situacional) como à pessoa alvo dos meus cuidados (transição saúde-doença).

Neste serviço, os internamentos ocorrem diariamente e a admissão da pessoa nesta unidade é feita por referência médica. Recebe pessoas referenciadas de Lisboa e Vale do Tejo, de todo o Sul do País e também das Ilhas (Madeira e Açores). Constatei que existe uma heterogeneidade ao nível dos grupos etários⁸ na pessoa internada, desde jovens, adultos e idosos. O referido serviço desenvolve a sua atividade nas seguintes áreas: cirurgia pulmonar; cirurgia do diafragma; cirurgia das vias aéreas e cirurgia do mediastino.

A equipa de enfermagem no serviço de internamento é constituída por 14 enfermeiros, dos quais 3 são EEER (o enfermeiro chefe e a 2.º elemento, que se dedicam à gestão/administração do serviço, e uma outra EEER que desempenha funções na prestação direta de cuidados gerais e de enfermagem de reabilitação, a qual foi a minha orientadora neste estágio). O EEER integra a equipa durante a semana e no turno da manhã. A restante equipa de enfermagem trabalha por *roulement*. A equipa de enfermagem detém conceitos básicos de reabilitação (tais como, promoção da autonomia da pessoa, imobilidade, apoio à alta da pessoa), resultante de formação ministrada pelos EEER do serviço, com o objetivo de garantirem os cuidados básicos aquando da sua ausência e, também, uma otimização do programa de reabilitação por eles definido. Existem ainda duas fisioterapeutas que estão presentes diariamente no serviço e que trabalham em parceria com os EEER nos cuidados de reabilitação a prestar à pessoa internada. Esta parceria dos cuidados não é centrada no profissional de saúde, mas sim na pessoa, respeitando-o como um elemento ativo no seu processo de saúde, doença e tratamento, maximizando e otimizando a sua reabilitação (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães e Gomes, 2010).

A equipa de enfermagem utiliza o método de trabalho por responsável, em que cada enfermeiro é responsável por um número de pessoas, sendo simultaneamente

⁸ Consideram-se os seguintes grupos etários: Jovens dos 0 aos 14 anos; Adultos dos 15 aos 64 anos; e Idosos + 65 anos (INE, 2012).

assessor de outros. Este método facilita a continuidade e a responsabilização dos cuidados, rentabiliza a relação enfermeiro/pessoa/família e é um fator que implica comunicação e trabalho em equipa. Os registos e intervenções de enfermagem são realizados através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Já os registos do EEER são elaborados no processo da pessoa, em folha própria (Anexo I), e ficam disponíveis para a equipa de enfermagem consultar e dar continuidade ao trabalho efetuado. Por exemplo, lembro-me de uma situação concreta relacionada com a necessidade da pessoa realizar terapêutica de posição acompanhada pela abertura costal seletiva, por apresentar um derrame plural à direita. Este ponto ficou escrito em notas de ER e contribuiu para dissipar a dúvida existente entre os enfermeiros sobre se a deveriam realizar, ou não, porque o derrame pleural não estava drenado. Ou seja, as notas dissiparam a confusão entre o derrame pleural e pneumotórax (este último, sim, tem de ser drenado).

Tive oportunidade de consultar documentos e protocolos que evidenciassem o papel do EEER e debati com outros profissionais sobre a sua importância. O papel do EEER na equipa é indispensável, uma vez que vai conceber um programa de reabilitação planeado e adaptado à pessoa, no qual deve contemplar a avaliação da situação, estabelecer um plano de intervenção e mover os recursos necessários, de forma a desenvolver cuidados de enfermagem que visem maximizar o grau de independência física e psíquica, sendo esta a pedra basilar para se processar uma reabilitação com sucesso.

D'Espiney (2008) já referia que não basta ao enfermeiro ter o título. É necessário provar, na ação e em situação concreta, a sua competência para intervir de forma adequada, conquistando a legitimidade da sua ação. Cheguei à conclusão que a importância do EEER é fundamental naquilo que diz respeito à reabilitação precoce da pessoa ao seu cuidado e em todo o seu percurso durante esta viagem. Durante o EC, tive a possibilidade de ver na prática os resultados destas intervenções, como, por exemplo: através da realização de cuidados especializados de reabilitação à pessoa, através da potencialização da pessoa, e através da sua capacitação para ser o responsável do seu processo de saúde. Relembro igualmente a criatividade da minha orientadora. A utilização de paus de vassoura para fazerem de “baton” na preparação pré-cirúrgica da pessoa, uma vez que os existentes estavam a ser

utilizados e, neste caso, a sua utilização era fundamental (a pessoa só conseguia realizar de forma sincronizada a respiração com a utilização do mesmo). Este cuidar da pessoa em processo de reabilitação, tal como nos é dito por Mestrinho e Antunes (2013), começa logo aquando da entrada da pessoa ao serviço e só termina após a sua alta. Os enfermeiros são, muito frequentemente, os primeiros prestadores de cuidados da pessoa e família que se encontram num processo de transição, contemplando as mudanças e as exigências que as transições acarretam nas suas vidas. Começa aqui o papel do EEER na preparação da pessoa para a transição eminente e na facilitação de um processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença que vai sofrer Meleis (2010).

O papel do enfermeiro de reabilitação no seio da equipa é o de um perito que, para Benner (2005), representa um profissional que suporta a sua ação a partir das experiências já vividas e na compreensão intuitiva das situações, competindo-lhe encaminhar a pessoa, mostrando-lhe o leque de alternativas possíveis, até porque, não raras vezes, esta não consegue vislumbrar o caminho a pisar. O EEER também é visto como uma referência para a equipa, pois é especialista em pequenas coisas, contribuindo desta forma para dar sentido à vida e para alimentar a esperança Hesbeen (2003). Estas pequenas coisas começam logo na fase pré-operatória e fazem toda a diferença.

As intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas na fase pré-operatória vão ser determinantes na facilitação do processo de transição da pessoa a ser submetida a cirurgia torácica. Trata-se de uma atividade que foi acrescentada ao projeto anteriormente realizado, pela sua importância na recuperação da pessoa submetida a cirurgia torácica e nas intervenções do enfermeiro de reabilitação, que possa pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia. Estas estratégias ou indicadores de processo são vários (sentir-se e estar ligado, interação, localizar-se e estar situado, e desenvolver confiança e “*coping*”). Nesta fase, e por estarem relacionados com a situação de pré-cirurgia, destacam-se os seguintes: **sentir-se e estar ligado**, fundamental porque, nesta etapa, o facto de conseguirem colocar questões e poderem esclarecer incertezas são um importante indicador de uma experiência positiva e assume o “sentir-se ligado”, nomeadamente aos profissionais de saúde; e

também **a interação** entre os diversos elementos da equipa, porque possibilita um contexto harmonioso e efetivo de colaboração e cooperação. Quando isto acontece é um indicador de uma transição saudável (Meleis et al, 2000). Esta transição saudável é um conceito fundamental no sistema de saúde atual, permitindo que as pessoas monitorizem e reconheçam as mudanças no seu corpo, e escolham e implementem as estratégias adequadas para gerir estas mudanças. Uma transição é vista como uma deslocação e adaptação para a mudança, e não o regresso à condição anterior Estrela (2012). Novos comportamentos permitem reduzir o risco de complicações, melhorar a adaptação à doença, controlar sintomas, melhorar a funcionalidade e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida e reduzir a utilização dos serviços de saúde Sidani (2011). Manter a pessoa informada sobre o efeito que as intervenções especializadas em ER vão surtir foi, para mim, algo muito gratificante, dada a importância atribuída pelos mesmos.

Para a pessoa que vai ser submetida a cirurgia torácica, o período pré-operatório é considerado o mais difícil, em função do pouco (ou, mesmo, do muito pouco) que sabe sobre a sua situação concreta e sobre os procedimentos que irão ocorrer. Nesta fase necessita de desenvolver confiança e “*coping*”, através da preparação e compreensão da situação que está a viver e o desenvolvimento de estratégias para a gestão da sua situação.

Durante o pré-operatório, a pessoa manifesta preocupação com o desenrolar de todo o processo cirúrgico, principalmente com os cuidados de enfermagem que irá necessitar, com o seu grau de dependência após a intervenção cirúrgica, com as sondas e drenos com que pode ficar, com as dores que poderá sentir, com o tempo de repouso no leito, com o primeiro levante e, ainda, com o período que irá necessitar para retomar a sua vida diária, são condicionantes relacionadas com a pessoa e podem influenciar o processo de transição (crenças e valores, estatuto socioeconómico) (Meleis et al, 2000). De facto, no período pré-operatório é imprescindível informar a pessoa sobre os acontecimentos do intraoperatório e pós-operatório, de forma a apaziguar os seus medos, receios e angústias, atendendo às suas necessidades naquele momento (são significados e crenças que podem condicionar e influenciar o processo de transição). Os recursos na comunidade e da sociedade são outros fatores que ajudam neste processo de transição. A

possibilidade de falar com outro que já tenha tido uma experiência idêntica àquela por que ele vai passar, ter um suporte familiar, a informação disponível, também podem ajudar nesta transição saudável (Meleis et al, 2000). Toda esta envolvente, este cuidar centrado na pessoa, vai torná-la mais consciente das mudanças que vão ocorrer para que se envolva em todo o processo e se torne um elemento ativo no compromisso do seu bem-estar McCormack & McCance (2010).

A informação transmitida foi sempre sustentada em evidência científica e indo ao encontro dos aspetos positivos em que um programa de reabilitação pode interferir no estado de saúde da pessoa. Esta linha de pensamento vai ao encontro de Cordeiro e Menoita (2012), quando referem que os objetivos dos cuidados de enfermagem de reabilitação no período que antecede uma cirurgia torácica são: a melhoria das trocas gasosas e da permeabilidade das vias aéreas; permitir à pessoa adquirir conhecimentos sobre a cirurgia e os cuidados a ter após a mesma; assim como contribuir para a redução da ansiedade. Januário (2013) refere que os doentes submetidos a cirurgia e que foram previamente instruídos sobre exercícios respiratórios e deambulação, tiveram um pós-operatório com menos complicações, assim como doentes em recuperação de uma cirurgia, na sequência de intervenções educativas pré-cirúrgicas, mostraram um aumento do nível de conhecimento relacionado com as estratégias de autocuidado. Magalhães (2009), através de uma revisão sistemática da literatura, mostra a efetividade de um processo de cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória na pessoa, corroborando a necessidade da realização de um programa de reabilitação na fase pré-operatória.

Numa fase inicial do EC, acompanhei a enfermeira orientadora nos cuidados de enfermagem, dando especial atenção àqueles que necessitavam de cuidados especializados em reabilitação. Ressalvo o facto de esse acompanhamento ser, ao início, uma mera observação participativa, tendo posteriormente evoluído para uma prestação de cuidados direta. Assim, pude planear e executar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa que iria ser submetida a cirurgia torácica na fase de preparação pré-operatória, com maior ênfase na reeducação funcional respiratória, numa lógica de prevenção ou minimização das CPC. Realizei igualmente intervenções de enfermagem ao nível da reeducação funcional motora, pelos riscos de imobilidade e posturas incorretas que podem advir após a cirurgia.

A reeducação funcional respiratória é uma terapia pelo movimento que atua sobre os fenómenos mecânicos da respiração, permitindo melhorar a ventilação alveolar com repercussões na relação ventilação/perfusão Cordeiro e Menoita (2012).

Consoante a especificidade do caso de cada pessoa, e sempre em função do seu diagnóstico e da cirurgia torácica a que iria ser submetida, foram planeados cuidados pré-operatórios na área da reabilitação que facilitassem a pessoa a prosseguir toda a etapa cirúrgica. Sabe-se que a presença de patologia coexistente na pessoa candidata a uma cirurgia torácica traz riscos acrescidos (Varela et al, 2010); Decker e Schil, (2003). A presença de fatores de risco aumenta a incidência e a gravidade das complicações respiratórias. Entre os principais fatores de risco relacionados com a pessoa submetida a cirurgia incluem-se a idade superior a 50 anos, dependência funcional, desnutrição, obesidade, alterações de nível metabólico, insuficiência cardíaca, tabagismo e antecedentes de patologia respiratória Branco (2012).

Tive necessidade de aprofundar conhecimentos na área da fisiopatologia, nomeadamente ao nível das várias patologias respiratórias existentes na pessoa a cuidar. Estas patologias dividem-se em dois grandes grupos: **a patologia respiratória restritiva**, com o derrame pleural, pneumotórax; e **a patologia respiratória obstrutiva**, a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), fibrose quística e asma. Houve igualmente necessidade de aprofundar conhecimentos de neoplasia pulmonar, dado que se trata de uma das principais causas que levam a pessoa a ser submetida a cirurgia torácica. Foi fundamental ter este conhecimento para melhorar as habilidades necessárias, atendendo às exigências de uma prestação de cuidados de qualidade, personalizados, especializados e eficazes.

Nos vários planos de intervenção que realizei estavam normalmente presentes fatores de risco na pessoa, e que eram relevantes para o ensino a realizar, alterando-os consoante o resultado pretendido ou conseguido pela mesma. Antes da realização das intervenções de ER, a **semiologia clínica** e a **avaliação dos exames complementares de diagnóstico** foram fundamentais: Visualização dos exames radiológicos; Observação e interpretação da gasometria arterial;

Monitorização periférica da saturação de oxigénio e restantes parâmetros vitais; Observação do padrão respiratório, com inspeção, palpação e auscultação pulmonar antes e após a intervenção do enfermeiro de reabilitação.

No que diz respeito às **escalas utilizadas**, elas foram: Avaliação da dispneia através da escala de Borg modificada; Avaliação da força muscular através da escala de Lower; a Dor, através da escala numérica; Risco de desenvolver úlceras de pressão, através da escala de Braden; o Risco de quedas, através da escala de Morse; e Avaliação do conhecimento da pessoa sobre a sua condição e patologia.

Em seguimento às ações atrás referidas, tive oportunidade de realizar, em conjunto com a pessoa e com a sua colaboração, **intervenções de enfermagem de reabilitação** através de manobras e técnicas que iriam contribuir para que o seu processo de transição fosse positivo:

- Controlo da respiração e dissociação dos tempos respiratórios: auxilia a pessoa para a perceção, para conseguir controlá-la, para conseguir que a amplitude e ritmo respiratório seja o mais adequado, com menor dispêndio de energia e melhoria da ventilação;
- Respiração abdómino-diafragmática: contribuindo para a diminuição do trabalho respiratório e excursão do diafragma;
- Posições de descanso e de relaxamento: ajudar a relaxar a musculatura respiratória, cintura escapular, região cervical, membros superiores e, ainda, facilitar a respiração a nível diafragmático;
- Correção postural: assegurar uma ventilação eficaz, bem como prevenção e correção de defeitos posturais, nomeadamente pela dor e localização da sutura cirúrgica e drenos;
- Manutenção e permeabilização das vias aéreas: para um padrão respiratório eficaz, quer através do mecanismo de eliminação de secreções brônquicas ou drenagem postural modificada (técnicas por mim utilizadas quando houve necessidade de realizar eliminação das secreções brônquicas);
- Ensino do reflexo da tosse;
- Contenção da ferida operatória;
- Exercícios respiratórios;

- Utilização da Espirometria incentiva;
- Alternância dos posicionamentos no leito;
- Levante precoce;
- Mobilização dos membros inferiores;
- Mobilização dos membros superiores: para prevenção das limitações da imobilidade e das posições viciosas, secundárias à dor e à possível presença de drenos.

Em determinados casos, houve ainda a necessidade de realizar a prova de marcha de 6 minutos no pré-operatório, e depois também no pós-operatório, para comparação de resultados nas duas fases. Foram casos em que, pelo declínio dos músculos respiratórios da pessoa, poderiam existir interferências com a realização das atividades de vida diária (AVD). Estas são uma parte “integrante do quotidiano da pessoa, sendo atividades de autocuidado para satisfazer as necessidades e exigências de vida do dia-a-dia” (Cordeiro e Menoita, 2012, 117).

Todas estas técnicas e manobras desenvolvidas em EC tiveram, de início, algum grau de dificuldade na sua realização. Primeiro, houve necessidade de realizá-las em mim própria, para ficar em melhores condições de depois as realizar com a pessoa. Neste contexto, as técnicas mais difíceis de realizar com a pessoa foram, sem dúvida, o controlo da respiração, a dissociação dos tempos respiratórios e a respiração abdómino-diafragmática. A maior parte dos utentes expressou que as técnicas eram difíceis de realizar e, por diversas vezes, foi necessário repetir a técnica para chegar ao resultado pretendido. Utilizei como técnicas facilitadoras o “cheira a flor e apaga a vela”, o colocar as mãos da pessoa na minha região apical e epigástrica, para que conseguissem notar as diferentes fases. Uns conseguiram o resultado mais rápido que outros, mas é mesmo assim: cada pessoa é uma, e nesta aprendizagem é igual.

No que diz respeito ao meu processo de aprendizagem, estes foram fatores que influenciaram a minha transição de generalista para especialista. O estar desperta para determinadas situações como as que indiquei anteriormente tornaram-me mais consciente do meu papel, não de enfermeira generalista, mas já como EEER: uma

permanente necessidade de mudança ou ajuste de planos de intervenção para a pessoa, baseados nos meus conhecimentos na área da reabilitação, com um compromisso entre o que é esperado do meu atual desempenho e aquilo que a pessoa dele espera durante o seu internamento, com o objetivo de se conseguir reajustar e readaptar a esta nova fase (Meleis et al, 2000)

Ao longo do EC elaborei alguns planos de cuidados, dois dos quais se encontram em apêndice (Apêndice III), identificando o seu potencial de reabilitação e implementando um plano de intervenção para reeducar, prevenir ou maximizar a função a vários níveis. Estudos como os realizados por Sharma e Sing (2011), mostram como um programa de RFR precoce tem uma melhoria ao nível da qualidade de vida da pessoa e na agudização de patologias pré-existentes. Na minha experiência ao longo deste EC, também tive a possibilidade de corroborar tais estudos, uma vez que os utentes que me foram atribuídos em EC não tiveram agudizações no seu internamento, assim como a sua preparação pré-cirurgia facilitou o pós-operatório (nomeadamente, naquilo que diz respeito ao levantar, controlo da dor, autonomia, AVD's, adaptação aos drenos no seu quotidiano, assim como uma perspetiva do caminho a percorrer durante o internamento). Sem dúvida, posso dizer que o programa contribuiu para uma melhoria da sua qualidade de vida.

Dado o carácter individual e subjetivo da perceção da cirurgia, e das suas repercussões na vida quotidiana de cada pessoa (a nível pessoal, profissional, social e espiritual), são de esperar atitudes diversas de confronto com a situação cirúrgica, bem como de desenvolvimento de estratégias de adaptação à mesma, para que a mestria seja alcançada no processo de transição Estrela (2012).

1.1.2. Intraoperatório e mudança

É nesta fase que tudo acontece! (Meleis et al, 2000) referem que a mudança ocorre com a transição que os conduz para uma mudança significativa na vida, seja através de processos, papéis ou estados, uma redefinição de si e mudança de comportamentos. É uma propriedade do processo de transição. A cirurgia é considerada “o momento” (como referiram alguns dos utentes que cuidei), ou fator crítico ou estado, tanto para a pessoa como restante família. É um evento adverso, que pode causar desequilíbrios fisiológicos, psicológicos e sociofamiliares.

Estrela (2012) explica que o medo é um sentimento que resulta da preocupação pelo perigo externo e real. Deste modo, é possível denotar que a ansiedade de manter-se vivo é, por vezes, tão grande que leva ao aparecimento de conflitos internos, os quais podem modificar a integridade do “eu”. É também durante esta fase que a pessoa deixa de ser autónoma, para se tornar dependente em vários fatores ou passar a necessitar das terapêuticas de enfermagem, mesmo que essa dependência seja provisória. Uma vez mais, estão presentes as condições de transição que podem influenciar a transição saudável almejada. E, também uma vez mais, compete ao enfermeiro intervir através das terapêuticas de enfermagem, reconhecendo a necessidade de consciencializar a pessoa para o seu novo estado (Meleis et al, 2000).

Durante o EC foi-me dada a oportunidade de acompanhar ao bloco operatório e assistir à intervenção cirúrgica de uma pessoa que acompanhei e prestei cuidados de enfermagem gerais e especializados de ER desde a sua entrada no serviço. Nesta fase, fui igualmente acompanhada por uma EEER que me explicou as estratégias que se utilizam no intraoperatório para redução das CPC (desde a escolha da anestesia, o agente de bloqueio neuromuscular, a escolha do tubo para exclusão pulmonar, e o balanço dos gases e parâmetros ventilatórios).

Considero que esta experiência foi importante, pois permitiu-me compreender as queixas álgicas referidas pela pessoa no pós-operatório, já que a abordagem cirúrgica envolve a necessidade de uma incisão torácica com afastamento intercostal e executada a secção de vários músculos, tal como a inserção de drenos torácicos. Pude compreender melhor a importância do trabalho do EEER no pós-

operatório, quer a nível do trabalho muscular (não só dos músculos respiratórios, mas também dos adjacentes e que foram seccionados), de prevenir limitações e posições viciosas e de recuperar a mobilidade articular. Também apreciei o facto de observar a anatomia e fisiologia do pulmão, assim como poder observar a sua elasticidade e compreender a importância dos exercícios que contribuem para a reexpansão pulmonar. Também aqui foi notória a intervenção da EEER, através do seu papel como formadora e educadora, com o conhecimento que me facultou (prestadora de cuidados especializados), no reforço dos ensinamentos e técnicas realizadas no pré-operatório. Neste período, a EEER fez uma disseminação transversal da informação, com ênfase na reabilitação. Desta forma, a enfermeira avalia o que a pessoa reteve daquilo que foi anteriormente efetuado e o que é capaz de fazer na sequência deste Phaneuf (2001).

1.1.3. Pós-operatório e transição

Ao vivenciar novas situações e experienciar novos conhecimentos a pessoa está vulnerável à ocorrência de desajustamento, cabendo à enfermagem potenciar o desenvolvimento de estratégias eficazes de adaptação, de modo a promover um ajustamento ou adaptação à nova situação. O indivíduo desempenha um papel ativo no seu desenvolvimento, através de mudanças estáveis e duradouras entre a pessoa e o ambiente Abreu (2008). A pessoa submetida a cirurgia torácica experimenta muitas alterações a nível do seu bem-estar. Os acontecimentos críticos, como a presença de dor, a alteração na integridade cutânea, a ansiedade ou a possibilidade de presença de drenagens, condicionam a sua mobilidade, a sua respiração (função vital) e, consequentemente, a melhoria do seu estado. Quando a pessoa é submetida a uma cirurgia torácica, seja ela uma lobectomia, uma pneumectomia ou uma ressecção segmentar, corre sérios riscos de desenvolver uma disfunção pulmonar restritiva pelo simples facto de ter sido submetida a uma toracotomia (incisão na parede torácica) Esmond (2005). As diferenças acentuam-se após a cirurgia. O padrão restritivo fica aumentado pela limitação da funcionalidade dos músculos ventilatórios, hipoventilação alveolar, redução do fluxo respiratório e pela ineficácia da tosse Branco (2012). Também (Barcelos et al, 2008) vão ao

encontro daquilo que é referido, quando sublinham que, no pós-cirúrgico, as alterações pulmonares sofridas pela pessoa configuram um padrão restritivo, acompanhadas de uma significativa redução da capacidade vital, no volume de ar corrente e na capacidade residual funcional.

Os cuidados de enfermagem no pós-operatório em cirurgia torácica são essenciais e devem focar-se na manutenção da permeabilidade das vias aéreas e ventilação eficaz, monitorizar as drenagens torácicas e as trocas hidroelectrolíticas, e tomar medidas para alívio da dor. Considerando toda a complexidade do procedimento cirúrgico ao qual a pessoa vai ser submetida (as complicações que interferem com inúmeras funções vitais, a debilidade física resultante das alterações metabólicas, a possível fadiga e/ou imobilidade ou, até, a posterior necessidade de readaptação familiar) é fácil perceber a importância das intervenções do EEER, que desempenhará um papel primordial no trabalho com a pessoa para o restabelecimento do seu estado de saúde, restaurar o funcionamento individual, ou adaptar a pessoa a uma nova situação de saúde (Carvalho e Carneiro, 2007; Filardo, Faresein e Fernandes, 2002; Cruz et al, 1997).

Durante este percurso, a capacidade da pessoa para autodeterminar e gerir as suas necessidades ou construir respostas adaptativas pode estar alterada. Todas as transições podem ser vivenciadas pela pessoa de uma forma positiva ou negativa, tendo em conta o seu significado, requerendo sempre um período de duração seja ele a nível da adaptação ou ajustamento Petronilho (2007). São várias as CPC que uma pessoa submetida a cirurgia torácica pode desenvolver, desde “retenção de secreções, insuficiência respiratória, defeitos posturais pela defesa à dor, complicações tromboembólicas, atelectasias, derrame pleural, pneumotórax, hemotórax, enfisema subcutâneo e fístula brônquica” (Cordeiro e Menoita, 2012, p.306). As CPC são a maior causa isolada de complicações após procedimentos cirúrgicos e a segunda causa mais comum de mortalidade no pós-operatório. O programa de reabilitação respiratória deve ser estruturado de maneira a que o seu conteúdo seja individualizado, consoante a pessoa e as alterações necessárias ao estilo de vida, para o alcance dos objetivos e a manutenção dos ganhos o máximo de tempo possível American Thoracic Society / European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation (ATS/ERSSPR) (2006). A RFR é uma das

grandes áreas de atuação da enfermagem de reabilitação. Observa-se, portanto, que a RFR assume um papel preponderante no período pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia torácica. As suas vantagens são imensas, destacando-se: a possibilidade de prestar cuidados de reabilitação individualizados, permitindo a previsão das necessidades da pessoa; melhorar a função respiratória; diminuir a existência de complicações ou acelerar a resolução destas, favorecendo uma mais rápida recuperação; promover precocemente o retorno da pessoa à condição ideal; transmitir informações precisas, que podem diminuir o nível de ansiedade do doente e possibilitar a colocação e esclarecimento de dúvidas Heitor (1988). A adoção da RFR como parte integrante do tratamento pós-cirúrgico reduz a dispneia, aumenta a tolerância ao exercício físico e melhora a qualidade de vida destes indivíduos ATS/ERSSPR (2006).

Além disso, também tem sido demonstrado o seu contributo para a redução dos custos com os cuidados de saúde ATS/ERSSPR (2006). Como referido anteriormente, a sinergia entre os fatores relacionados com a anestesia geral, a técnica e o acesso cirúrgico e as condições pessoais da pessoa podem levar ao aparecimento quase inevitável de CPC.

Todo o programa de reabilitação está baseado numa avaliação minuciosa da pessoa. Nesta fase, foi igualmente fundamental a orientação da EEER, pois é uma etapa onde a interpretação dos exames complementares de diagnóstico permite um cuidar mais adequado às necessidades da pessoa por parte do EEER. A interpretação da radiografia torácica foi largamente realizada no EC, contribuindo para a aquisição de competências nesta área. Também a interpretação de gasometria arterial me permitiu consolidar conhecimentos e aperfeiçoar os cuidados, adequando-os para a melhoria da capacidade ventilatória da pessoa. A minha principal lacuna relacionava-se com a Auscultação Pulmonar (AP). Senti inicialmente algumas dificuldades na identificação dos sons e ruídos, as quais se foram dissipando durante o período de estágio. Num programa de RFR podem ser utilizadas várias técnicas para ajudar a minimizar, ou até prevenir, as CPC na pessoa. Entre elas, destacam-se as que foram realizadas em contexto de estágio, pela sua importância no cuidar especializado por parte do EEER, e por serem estas

a pedra basilar num programa de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia torácica, e que servem de um fio condutor ao trabalho iniciado no pré-operatório:

- Drenagem postural modificada (pouca tolerância do doente cirúrgico à drenagem postural clássica por dor e dispneia) (Pasquina et al, 2006);
- Tosse dirigida/assistida⁹: a pessoa foi orientada a fazer flexão moderada do tronco sobre a incisão, fazendo a sua contenção através da pressão com as suas mãos ou com o auxílio de uma almofada, devendo fazer uma inspiração profunda e tossir fortemente;
- Ciclo Ativo Técnicas Respiratórias (CATR): este ciclo é formado pela associação da técnica de expiração forçada (TEF), o controlo da respiração e os exercícios de expansão torácica (Dronkers et al, 2008);
- Manobras acessórias de compressão, percussão e vibração, associadas ou não a drenagem postural (Lawrence, Cornell e Smetana, 2006);
- Espirometria incentiva: promove o treino respiratório com resposta visual imediata, o que reforça o sucesso, e é útil no envolvimento dos familiares, pelo facto de mostrar a progressão da pessoa. Estes equipamentos ajudam a melhorar a força e resistência dos músculos respiratórios, permitindo aumentar o volume corrente e a expansão pulmonar Cordeiro e Menoita (2012);
- Exercícios de expansão torácica e reeducação diafragmática: nas cirurgias os exercícios de expansão torácica foram realizados com suaves compressões durante a expiração e foi dado ênfase aos de inspiração (Valkenet et al, 2013);
- Diminuição do quadro algico: estimular a mobilização da pessoa, dando orientações quanto ao posicionamento no leito, às formas para se sentar e levantar com segurança e, adicionalmente, apoio do travesseiro sobre incisão cirúrgica durante os esforços Cordeiro e Menoita (2012);

⁹ Na cirurgia torácica, a boca deve ficar semiaberta, de forma a não aumentar demasiado a pressão intratorácica, o que forçaria os pontos da sutura cirúrgica Testas (2008).

- Prova de marcha 6 minutos: reavaliar a capacidade após cirurgia e, nos casos em que seja necessário, ajuste de oxigenoterapia domiciliária;
- Exercício dos membros inferiores, como sentar e levantar, treino de escadas Esmond (2005);
- Exercícios dos membros superiores, exercícios com “baton” Esmond (2005).

O EEER realiza intervenções terapêuticas para melhorar o padrão funcional respiratório, corrigir as posturas incorretas, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária, e minimizar as incapacidades instaladas ao nível respiratório. O seu principal objetivo é restaurar (ou manter) um nível ótimo de funções fisiológicas, psicológicas, sociais, ocupacionais, emocionais e de bem-estar do indivíduo. Para cada pessoa que tive a meu cuidado, concebi, implementei e monitorizei planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, assegurando as capacidades funcionais da pessoa, evitando mais incapacidades, prevenindo complicações, defendendo o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade, assumindo o papel de educador, gestor de casos, conselheiro, defensor dos seus direitos mas, também, o de investigador, capacitador, líder, moderador, perito e membro da equipa OE (2010b). Os objetivos preconizados para o EC foram atingidos e, em termos da aquisição de competências, enquadram-se no seguinte domínio: **J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**¹⁰ OE (2010b).

¹⁰ Este domínio preconiza a aquisição das seguintes competências: J1.1. - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; J1.2. - Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; J1.3. - Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; J1.4. - Avalia os resultados das intervenções implementadas.

A visibilidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação passa pela uniformização de técnicas através de linhas orientadoras e procedimentos, daí a sua importância tanto na continuidade de cuidados, como na manutenção da qualidade dos mesmos. Em bom rigor, e porque guiados por uma filosofia de enfermagem, os enfermeiros orientam a sua prática profissional em modelos e teorias que lhes conferem uma visão aprofundada sobre os fenómenos, de modo a garantir uma permanente resposta às transformações que ocorrem nos diversos contextos dos cuidados de enfermagem. A visão aprofundada destes fenómenos implica, de acordo com Meleis (2000), uma conceptualização desenvolvida, a partir das realidades que dizem respeito à enfermagem, com o propósito de descrever, explicar, prever ou prescrever intervenções de enfermagem. O serviço de cirurgia torácica permitiu-me aprofundar vários conhecimentos porque abarcava um grande leque de pessoas com diferentes tipos de patologias com necessidade de cirurgia torácica. E, muito embora inicialmente tenha tido receios nesta área, consegui colmatar essa falha neste EC, facto que me permitiu a aquisição de uma nova forma de cuidar, não só enquanto atual enfermeira generalista, mas também como futura EEER. Neste EC, pude igualmente vivenciar a ampla experiência da equipa pluridisciplinar na prestação de cuidados à pessoa com necessidade de cirurgia torácica. A sua abordagem holística e ética é contínua e está presente em todos os profissionais e colaboradores do serviço. Respeitam os desejos da pessoa e da família, caminhando lado a lado com perdas e ganhos.

Foi-me permitida uma participação segura, consciente e crítica nos cuidados de reabilitação a prestar, possibilitando uma melhoria na qualidade dos cuidados no EC da pessoa submetida a cirurgia torácica (tanto a nível do pré, como do pós-operatório). Assumi também um papel dinamizador na continuidade dos cuidados de ER, de forma a assegurar a manutenção ou melhoria dos mesmos, através da transmissão de ocorrências e registos de ER – fossem eles em formulário próprio, na CIPE ou, ainda, no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) – e, também, através da articulação com outros serviços, instituições e com a comunidade, assegurando a continuidade de cuidados e alertando os enfermeiros generalistas para a vigilância de determinadas técnicas ou situações, possíveis de desenvolver durante os restantes turnos.

Durante o EC, recorro a necessidade de assegurar a realização de terapêutica de posição pela pessoa por um pneumotórax drenado, ao longo do dia. Mas, igualmente importante, registo também o facto de, no meu atual serviço, ter passado a sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de se fazer uma vigilância apertada no aumento de enfisema subcutâneo em pessoa submetida a lobectomia esquerda, para avaliação a nível do seu aumento e prevenção de sintomatologia associada ao “ enfisema subcutâneo: pneumotórax, disfagia, disfonia e em casos mais grave, compressão cardíaca e venosa” (Sucena, Coelho, Almeida, Gouveia e Hespanhol, 2010, p.327).

Foi-me possível absorver um vasto conjunto de conhecimentos e aprendizagens, motivada sobretudo pela EEER orientadora e professora tutora, contribuindo para um maior interesse e um crescente entusiasmo relativamente a estes cuidados tão específicos que, sem sombra de dúvida, podem beneficiar a pessoa.

Desta forma, considero alcançados os objetivos propostos e adquiridas as competências dos seguintes domínios: **A) Responsabilidade profissional, ética e legal¹¹ e C) Gestão dos Cuidados¹²** OE (2010a).

Com a aquisição das competências e dos conhecimentos proporcionados pelas minhas vivências nos EC, desenvolvi a minha autonomia e responsabilidade como futura EEER.

No serviço de cirurgia torácica foi identificada a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a otimização de inaloterapia (uma necessidade, diga-se, sentida por toda a equipa). Foi aceite o desafio de contribuir para a gestão e

¹¹ Este domínio abrange as seguintes competências: A1) desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2) promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

¹² Este domínio abrange as seguintes competências: B1) desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B3) cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

melhoria dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem. Para esse efeito, e depois de diagnosticar as minhas necessidades de formação, estabeleci metas e objetivos a atingir e avaliei se foram eficazes ou não, alterando-os conforme fosse necessário, tendo sempre em vista a melhoria da qualidade dos cuidados que presto. O exercício de funções em ambiente hospitalar implica não só uma consciência ético-deontológica apurada, como também uma constante atualização técnico-científica. Tendo por base a evidência científica, foram selecionados artigos de cariz científico e recorreu-se a orientações nacionais – nomeadamente, às emanadas pela Direção Geral da Saúde (DGS) – que fossem relevantes para a sessão já supracitada. Esta sessão permitiu atingir o objetivo preconizado e permite, ainda, ser enquadrada dentro de um dos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: **D) o desenvolvimento das aprendizagens profissionais**¹³ OE (2010b). Foi um aspeto desenvolvido no estágio e evidenciado através da realização de uma sessão de formação sobre intervenções de enfermagem na otimização da terapêutica inalatória, destinada a ser apresentada aos enfermeiros do serviço de cirurgia torácica (Apêndice IV).

Um hospital é uma instituição naturalmente dotada de condições que apoiam este tipo de aprendizagem pois, entre vários outros aspetos, possibilita-nos a diversificação de experiências, o contacto com situações concretas e/ou complexas, o convívio com peritos e a possibilidade de partilhar perspetivas de conhecimento com os outros profissionais. A realização deste estágio permitiu-me adquirir competências específicas nas duas vertentes (RFR e RFM), embora a última tenha sido complementada no contexto a seguir descrito. Ainda assim, e uma vez que todo o investimento nesta aprendizagem foi bastante significativo, as competências adquiridas são uma realidade. Atualmente, a reabilitação torácica surge como uma atividade multidisciplinar que exige uma variedade de competências, de forma a

¹³ Este domínio abrange as seguintes competências: D1) desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2) baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

articular o tratamento cirúrgico e a educação para a saúde, com base na diminuição dos fatores de risco e na prevenção secundária.

O EEER tem um papel fundamental em todo o processo, tanto em contexto hospitalar como em contexto comunitário, no desenvolvimento de estratégias para a pessoa e família poderem ultrapassar as limitações provocadas pela cirurgia. Cabe ao EEER orientar a pessoa e família na adoção de estratégias que lhe permitam conseguir manter a sua autonomia, sem agravar a sua situação. O EEER tem um papel de coautor na preparação de um plano de reabilitação, o qual deve ser baseado em princípios éticos e deontológicos OE (2010a). Esse fator é fulcral para uma prática baseada na evidência e serve como norteio em relação a estudos no que concerne ao ser humano. De acordo com Hoeman (2000), os enfermeiros de reabilitação têm a obrigação de promover as intervenções preventivas na enfermagem de reabilitação para assegurar que as pessoas mantenham as suas capacidades funcionais, evitando mais incapacidade e prevenindo complicações, defendendo o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade. Neste contexto, vem-me novamente à memória a criatividade da minha orientadora e um episódio onde havia a necessidade de colocar a deambular uma senhora que não queria sair da cama: primeiro, a enfermeira orientadora pôs a tocar uma música popular portuguesa e todas as outras senhoras que estavam no quarto começaram a dançar... E então não é que a referida senhora se levantou e quis juntar-se ao grupo a dançar? Já diziam Mestrinho e Antunes (2013), que no contexto hospitalar, o enfermeiro é facilitador, porque intervém no cuidar, através da conjugação de pequenos gestos existentes no quotidiano, com significado na vida da pessoa hospitalizada e em processo de reabilitação. Dançar era algo que ela gostava de fazer ao fim-semana. O resultado de enfermagem foi atingido respeitando a pessoa.

Tive oportunidade de aferir que o EEER é um pilar na equipa de enfermagem, dada a sua capacidade de liderança e tomada de decisão baseada em conhecimentos específicos e profundos, que vão permitir uma prestação de cuidados com o intuito de promover o sucesso da transição da pessoa, respeitando-a em toda a sua individualidade, em inteira ligação com os cuidadores e restante equipa. Efetivamente, pude também comprovar isso mesmo nos dois EC por mim realizados: a EEER gere a equipa de enfermagem relativamente aos cuidados

prestados, medindo a sua eficiência através de uma supervisão diária da qualidade dos mesmos, alterando-os de cada vez que os mesmos não produziam os resultados pretendidos. A necessidade de uma prestação de cuidados em ER é muitas vezes requisitada (quer pelos enfermeiros, quer pelos médicos) e verifica-se uma autonomia na decisão de quem beneficiará deste tipo de cuidados e qual o programa de reabilitação a implementar, contribuindo para a melhoria da qualidade da instituição onde está inserido.

Ao longo de todo o curso e nos diferentes campos de EC, e porque movida pelo interesse na aprendizagem e pelo desenvolvimento dos conhecimentos, apoiei-me na busca da evidência científica atual, para compreender o papel do EEER e a melhoria da prestação de cuidados de ER à pessoa. Desde pesquisa bibliográfica em livros, revistas, publicações, conhecimentos já adquiridos, conversas e debates com outros profissionais e em motores de busca e também pelas reflexões (Apêndice V) realizadas durante o EC. Conhecimento é poder, já dizia Francis Bacon. Este *empowerment* ganho é definido por Tones (1994), como sendo o reforço de competências individuais, trabalhando os recursos e capacidades do indivíduo para identificar problemas, criar consensos, atingir objetivos.

1.2. Reabilitar numa ECCI

Para este EC foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o papel do EEER na dinâmica da Instituição;
- Desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa/família que se encontrem a viver processos de transição saúde/doença do foro sensório-motor e/ou no pós-operatório tardio.

A ECCI, sendo uma das várias tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), vai depender da prévia avaliação clínica e social, assim como dos objetivos terapêuticos constantes da proposta de admissão elaborada pela Equipa de Gestão Altas (EGA) do hospital ou, então, pelo médico,

enfermeiro e assistente social das várias unidades do Agrupamento Centros de Saúde (ACES). Os cuidados de saúde prestados por esta equipa são dirigidos a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, de acordo com as necessidades detetadas e cuja situação não requer internamento mas em que exista impossibilidade na deslocação de forma autónoma.

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) é constituída pelo secretariado, pelo gabinete da nutricionista, pelo gabinete da ECCI, pelo gabinete da enfermeira coordenadora da UCC (Enfermeira especialista em Pediatria), pelo gabinete da equipa da saúde escolar e, por fim, pelo gabinete da equipa de intervenção precoce e da comissão de proteção de crianças e jovens. A equipa multidisciplinar da UCC é constituída por enfermeiros, médicos, psicóloga, assistente social, nutricionista e um administrativo. Esta atuação multidisciplinar a nível dos cuidados de saúde primários promove uma continuidade de cuidados, privilegiando a promoção da saúde e a prevenção da doença, a par de um rápido diagnóstico, tratamento e reabilitação Mestrinho e Antunes (2013). Esta parceria entre a pessoa e os cuidados de saúde primários assume atualmente uma posição de relevo, tal como referem Cordeiro e Menoita (2012).

A área de abrangência à qual a UCC dá resposta é vasta (corresponde a um total de 29,9 km²). A ECCI da UCC é composta pelos recursos profissionais da UCC. Quanto à equipa de enfermagem, ela conta com 5 enfermeiros, sendo dois deles EEER. Sempre que necessário, os elementos da equipa multidisciplinar acima referidos atuam de acordo com a sua área de intervenção. As duas EEER, para além de cuidados de enfermagem de reabilitação, também prestam cuidados no âmbito das visitas domiciliárias (prestação de cuidados no âmbito paliativo e de tratamento). A ECCI tem capacidade para dar resposta a uma carteira de 20 utentes. Os critérios de admissão são os seguintes: ter um nível de dependência global (transitória ou crónica) que impeça a sua deslocação ao centro de saúde; residir na área de influência da UCC; e existir um cuidador disponível para colaborar na prestação de cuidados informais. Como ECCI, a equipa multidisciplinar irá assegurar a prestação de cuidados nos 7 dias da semana, com o horário das 8h às 20h nos

dias úteis, sábados, domingos e feriados, de acordo com o plano de intervenção individual e tendo em conta os recursos humanos existentes.

As visitas domiciliárias (VD) são efetuadas consoante a disponibilidade existente, quer do enfermeiro, quer do cuidador. Pude constatar que este tipo de cuidados impõe uma logística bastante exigente, que vai desde a preparação das malas com material, à partilha das viaturas pelos diferentes profissionais, donde ressalta a necessidade de se fazer um planeamento rigoroso e atempado, para que os cuidados sejam assegurados, cabendo ao enfermeiro gestor de caso fazer semanalmente a correta calendarização das VD's e igualmente das realizadas com outros profissionais da equipa (psicólogo, médico, assistente social, nutricionista). Os registos eram efetuados em suporte informático, para efeitos de introdução de dados do utente na plataforma da rede RNCCI e em SAPE.

Durante este EC, também efetuei várias VD's. Foi uma observação participante, porque me permitiu integrar e conhecer a dinâmica da equipa de ECCI, criando relações de proximidade quer com a equipa, quer com os utentes e cuidadores visitados. Neste estágio também realizei algumas reflexões, as quais me ajudaram no processo de aquisição de competências (Apêndice VI). Desenvolvi várias atividades durante este percurso, das quais destaco: pesquisa bibliográfica; consulta de artigos de cariz científico; trabalhos e apontamentos para esclarecer dúvidas e/ou aprofundar algum conhecimento necessário; consulta de normas e protocolos de funcionamento da equipa, com o objetivo de conhecer a forma de atuar com a mesma, com o utente, família e comunidade; conhecer os recursos existentes na comunidade e de que forma eles se articulam com a ECCI (desde a Câmara Municipal às instituições de cariz social privada ou pública; os próprios ACES e a RNCCI com as suas variadas funções.

Neste EC participei em reuniões de equipa, nas quais procurei sempre contribuir com opiniões e informações úteis para os casos discutidos. Também participei ativamente na prestação de cuidados especializados de ER. Executei planos individualizados em ER e fiz a sua subsequente avaliação, mantendo-os ou alterando-os consoante a resposta da pessoa aos mesmos, com o intuito de potenciar a eficácia dos cuidados (Apêndice VII). Estas decisões foram tomadas em

conjunto com a família. Phaneuf (2001) refere que quaisquer que sejam as decisões tomadas, elas devem ser fruto de uma reflexão multidisciplinar centrada na pessoa e assistida pela família, com o objetivo de os capacitar para o cuidar. McCormack & McCance (2010) referem que a centralidade dos cuidados à pessoa depende de vários fatores, os quais passam pela recolha de informação, por adequar as intervenções de enfermagem ou pela resposta da pessoa aos cuidados e o seu envolvimento nessas intervenções.

Essas atividades foram desenvolvidas de forma diferenciada e particularizada, em função da pessoa a cuidar. Ela foi incentivada à realização de exercícios isométricos, de mobilizações passivas, de mobilizações ativas assistidas ou de mobilizações ativas resistidas, consoante a colaboração da pessoa. Recebeu ensinamentos sobre técnicas de conservação de energia, atividades e posicionamentos terapêuticos no leito, em cadeira de rodas, e ensinamentos com o objetivo de contrariar o padrão antispástico já instalado. Realizou-se, ainda, treino de levantar e de marcha, neste caso com a presença da esposa e filha, sendo que estas ficaram muito entusiasmadas com o progresso do Sr. “M.” (que estava acamado há um ano sem se levantar). E nesta mesma situação do Sr. “M.”, houve ainda necessidade de ajustar a sua dieta alimentar (diversificando-a e recorrendo a substâncias espessantes) para prevenção da aspiração de conteúdo alimentar. Foram dadas orientações no sentido da posição correta para o alimentar, e sobre a necessidade de oferecer pequenas quantidades de cada vez. Num outro plano de intervenção (neste caso, o do Sr. “J.”), a pessoa foi incentivada ao levantar para cadeira de rodas. Este senhor estava acamado desde o seu internamento com exacerbação de patologia respiratória e cardíaca. Passamos por um processo em que foi necessário relembrar os automatismos já existentes e realizar treino motor. Cada progresso foi uma vitória para esta família e para a pessoa cuidada.

No processo eletrónico dos utentes, efetuei os registos correspondentes aos cuidados prestados (nos vários suportes disponíveis para o efeito), como forma de garantir a continuidade dos cuidados prestados. Inseri dados e informação dos utentes na plataforma da RNCCI. Também tive oportunidade de assistir a uma reunião de equipa multidisciplinar. A boa comunicação nas equipas é um fator crítico de sucesso para o seu funcionamento. Tal como em qualquer relação pessoal, a

comunicação no seio da equipa tem um impacto formidável na forma como os seus membros se compreendem, como coordenam as suas ações e como a equipa é percebida no exterior. O facto mais importante a reter é que a comunicação da equipa tem impacto na qualidade dos cuidados prestados Phaneuf (2005). Com a realização das atividades acima descritas, considero atingidos os objetivos definidos e adquiridas as competências do seguinte domínio: **J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**¹⁴ e **J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**¹⁵ OE (2010b).

Os valores desta equipa são comuns e partilhados, direcionam as suas funções em prol de um objetivo comum, os cuidados centrados na pessoa. Esta forma de trabalhar reflete-se nos cuidados prestados, que, por sua vez, irá também refletir-se nos cuidados prestados à pessoa e família. Independentemente da função desempenhada, todos têm uma palavra a dizer, a sua opinião é ouvida e as suas perceções são tomadas em conta. Esta metodologia de gestor de caso é gratificante, no sentido da autonomia que é dada ao enfermeiro neste contexto. A figura do gestor de caso, tendo por base o modelo de gestão integrada da doença, pressupõe a capacitação dos utentes no sentido de promover o autocontrolo, a redução das complicações, a promoção do trabalho da equipa multidisciplinar, a gestão correta da medicação e servir de elo de ligação com a comunidade Hoeman (2011). A mesma autora refere, ainda, que este tipo de gestão de cuidados vai ao encontro da filosofia e metas da reabilitação. Apercebi-me da forma aprazível como a equipa trabalhava graças à comunicação efetiva e eficaz entre todos os elementos da equipa multidisciplinar, uma mais-valia para o processo de cuidar.

¹⁴ Este domínio abrange as seguintes competências: J3.1) concebe e implementa programas de treino motor; J3.2) avalia e reformula programas de treino motor em função dos resultados esperados.

¹⁵ Este domínio abrange a seguinte competência: J2.1 – Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

No que respeita às políticas de saúde, elas vão ao encontro daquilo que é preconizado pelo Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (PNS) no sentido de contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, promovendo a saúde e prevenindo a doença, de forma a atingir o bem-estar dos indivíduos PNS (2013). Uma das principais estratégias desta equipa é a promoção da cidadania em saúde. Esta estratégia assenta na criação e no desenvolvimento de programas específicos na área da educação para a saúde, autogestão da doença e capacitação dos cuidadores informais, com o objetivo de capacitar o cidadão, famílias e cuidadores para a promoção da saúde, gestão da doença crónica e prevenção de complicações.

A intervenção do EEER traduz-se no sustentáculo de contribuir para a informação e capacitação da população através da proximidade e participação, funcionando como o coordenador de todo o processo, numa lógica de equipa multidisciplinar em que o objetivo comum são os ganhos em saúde, com intervenção direta no domicílio, tendo como alvo as necessidades da pessoa, para que tenham um maior impacto e eficácia dos cuidados prestados. Neste contexto, o EEER é responsável pela qualidade e continuidade dos cuidados, promovendo o autocuidado, num processo de adaptação e gestão de cuidados na doença, reaprendendo e redescobrimdo o seu novo papel como pessoa, inserido na família e comunidade. No fundo, trata-se de aprender novos métodos para que se consiga dar resposta às suas necessidades Phaneuf (2001).

Este EC teve o mérito de me dar uma visão geral sobre como poderei encaminhar, após a alta hospitalar, um cliente internado na minha instituição (privada), utilizando os recursos existentes na comunidade, colaborando para um plano educativo entre o serviço de internamento e a comunidade. Sem dúvida, uma mais-valia para o meu percurso como futura EEER!

1.3. “Reabilitices”: Aquisição de competências e limitações

Estas “Reabilitices”¹⁶ como agora lhes chamo, é, no fundo, a minha palavra de sucesso e objetivos cumpridos. O que é ser enfermeira especialista? Era isso que me perguntavam e que, muitas vezes, eu me perguntava a mim própria. Agora consigo responder.

A ciência em enfermagem é socialmente traçada no contexto das interações que incidem entre o enfermeiro e a pessoa alvo do cuidar. É através deste processo que se desenvolvem conhecimentos clínicos avançados Benner (2005). No âmbito legal, um enfermeiro especialista é um “enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem”, sendo as suas competências “um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.2). Aqui, ficou ainda definido que todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de atuação, partilham quatro domínios, ou competências comuns, que podem ser aplicáveis em qualquer contexto de cuidados de saúde, sejam eles primários, secundários ou terciários. É através da certificação das competências clínicas especializadas que o enfermeiro especialista demonstra possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que deve mobilizar em contexto de prática clínica. Estas competências gerais (comuns, específicas ou acrescidas) ramificam-se em vários domínios de competências que representam uma realização concreta, com significado claro e que, por sua vez, contemplam os vários critérios de avaliação, que representam os vários aspetos de desempenho profissional e que devem ser entendidos como evidência do mesmo.

¹⁶ A expressão incomum utilizada neste título (“Reabilitices”) provém de um exemplo concreto por mim vivenciado durante a fase de EC. Na verdade, sempre que na instituição privada onde exerço funções abordava assuntos relacionados com a EEER, não raras vezes escutava dos meus colegas o comentário: “Aí vem a Cristiana com as suas ‘reabilitices’...”.

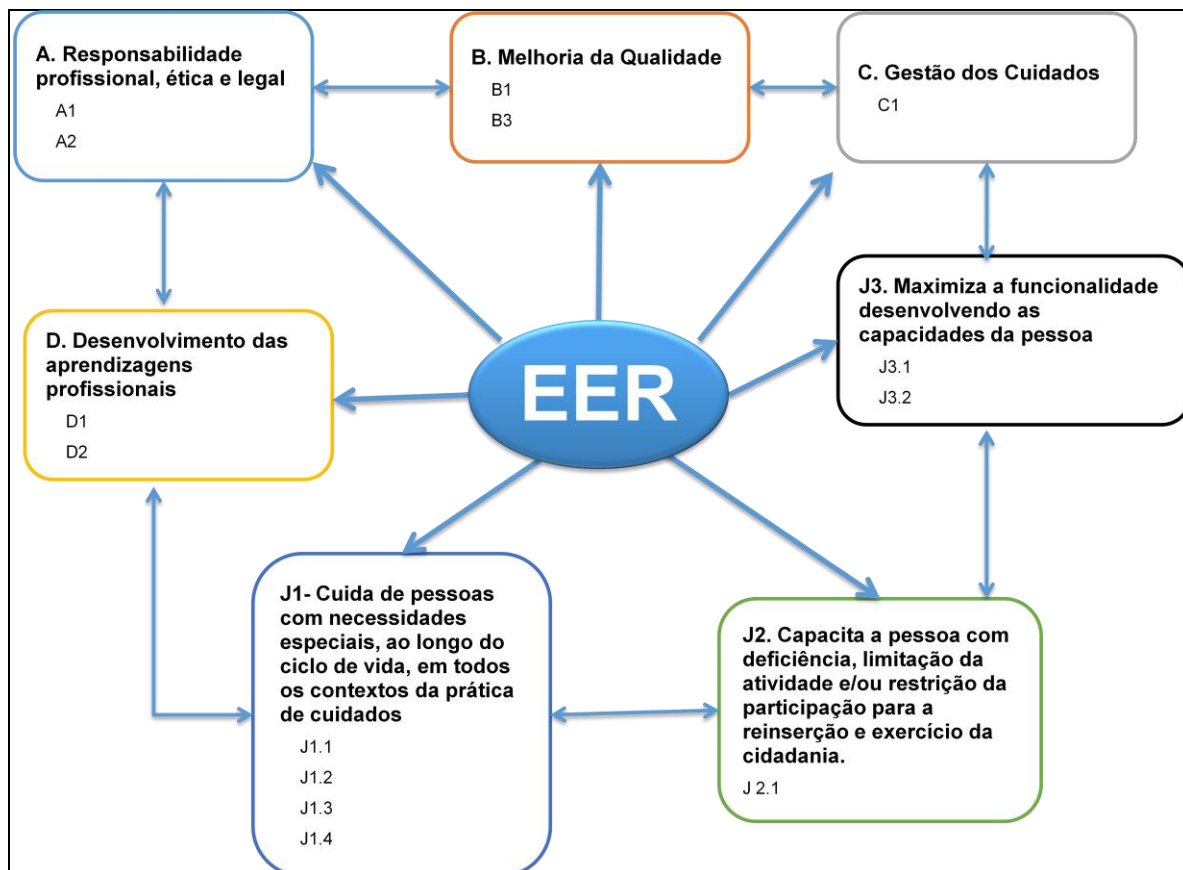
Benner (2005, p.12) diz que “o modo como tratamos a nossa aprendizagem experiencial diária na prática clínica determina a extensão em que a investigação e a educação serão tanto coletivas como cumulativas, e ligadas de modo vital com a prática clínica”. Um enfermeiro especialista é aquele que procura dar resposta a uma situação numa experiência vivida e não com regras, procedimentos ou normas orientadoras. A sua intervenção passa a ser segura, complexa e fluida, uma vez que deixa de ser um mero espectador e passa a ser interveniente ativo, tanto na identificação das necessidades como nas suas respostas. Associo a minha experiência profissional de 9 anos, às experiências agora vividas nos estágios clínicos (que foram sustentadas por atividades com vista a cumprir objetivos, os quais concorrem para a aquisição de competências enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação) e, também, à formação que realizei para aprofundar conhecimentos na área do Acidente Vascular Cerebral (AVC) (AnexoII). Procurei aplicar a teoria das transições na aquisição das competências, porque, não sendo estática, permite a constante alteração e mudança consoante os processos de transição que a pessoa pode vir a vivenciar. A prática de enfermagem é baseada no pensamento crítico, no domínio de conhecimentos e competências, na integração das teorias e investigação, comprometendo-se desse modo a uma aprendizagem ao longo da vida. Tal aprendizagem é necessária para a obtenção de qualidade de cuidados.

Ao longo dos estágios clínicos fui uma privilegiada, pelos momentos de partilha, na prestação de cuidados às pessoas e com os vários enfermeiros com quem colaborei, pois com todos eles cresci e evolui. Foram momentos de aprendizagem, que me permitiram reformular ações e desenvolver novos saberes.

A pessoa “personaliza-se através da relação interpessoal e mostra uma estrutura relacional pela partilha dos contributos de todas as pessoas de outrora ou de hoje” (Simões, Rodrigo e Salgueiro, 2011, p.214).

Na representação gráfica abaixo, apresentam-se as competências adquiridas neste percurso.

Gráfico 1: Domínios e Competências adquiridas



Neste capítulo, destacaram-se as intervenções realizadas durante os estágios clínicos, o papel do EEER, tanto no contexto hospitalar, como no contexto comunitário, bem como as competências adquiridas pela discente durante o percurso formativo para obtenção do grau de especialista em enfermagem de reabilitação. No capítulo que se segue farei uma breve avaliação sobre os estágios clínicos e sobre limitações, constrangimentos e fatores facilitadores de todo este processo.

2. AVALIAÇÃO

Foi um longo e difícil processo de transição, com alguns desânimos, desmotivação e várias turbulências no seu início. Houve necessidade de muito estudo, muita desconstrução de ideias e voltar a construí-las de raiz. Todas as situações foram sendo ultrapassadas pela minha forte vontade de ser EEER.

As principais dificuldades e limitações deste trabalho foram de natureza metodológica. Apesar de não ser exigida a utilização da metodologia de um trabalho de investigação, era, no entanto, necessário construir uma metodologia de projeto científico. Não obstante, julgo ter conseguido ultrapassá-la, pondo em prática uma abordagem metodológica neste relatório. Essas dificuldades e limitações não foram impeditivas da concretização dos objetivos de estágio. Nele, foi aplicada a metodologia de projeto e o modelo conceptual de enfermagem da forma mais criteriosa possível, o que, em minha opinião, fica bem patente neste relatório de estágio.

Alguns domínios (nomeadamente, os que dizem respeito às competências específicas do enfermeiro de reabilitação) foram mais desenvolvidos que outros, de acordo com as minhas necessidades pessoais. No futuro, espero poder ter oportunidade de vir a desenvolvê-los pois, apesar de já estarem presentes e desenvolvidos como enfermeira generalista, não o estão da mesma forma como especialista (refiro-me, concretamente, ao domínio da melhoria da qualidade e gestão dos cuidados a nível da liderança e planeamento organizacional). Já Benner (2005) referia que, ao mudarmos de contexto, voltamos à posição de iniciado, mesmo que no serviço onde exercemos funções já sejamos considerados um perito. E é aqui, de facto, que reside todo o fascínio da enfermagem, na evolução constante, não só do profissional de enfermagem mas também da própria disciplina que é a enfermagem.

O progresso nas capacidades e aquisições do indivíduo, sendo revelador de competência, pode permitir viver a transição com sucesso Benner (2005). A prática e o tempo de experiência profissional são indispensáveis ao desenvolvimento do domínio da função.

A conjugação de conhecimentos, de saber-científico, saber-ser, saber-prático e saber-informação, permite a aquisição e aperfeiçoamento de competências na área da reabilitação através da compreensão da globalidade dos cuidados prestados (Gomes, Rocha, Martins e Gonçalves, 2014, p.69)

Após uma avaliação dos resultados obtidos em estágio clínico, tanto no serviço de cirurgia torácica, como na ECCI, concluo que estes me proporcionaram a oportunidade de mobilizar os conhecimentos que adquiri ao longo de todo o curso, assim como dotar-me de competências para assumir o papel de Enfermeira Especialista em Reabilitação.

A utilização do ciclo de Gibbs deu espaço à reflexão e consciencialização dos sentimentos originados e permitiu, assim, que essas reflexões se transformassem numa preciosa “ferramenta” para a construção deste relatório. Esta prática reflexiva obriga-nos a pensar sobre a nossa prática, com análise das nossas atitudes, sentimentos, valores, comportamentos e crenças, auxiliando a desconstrução e reconstrução da nossa direção. Direção essa que leva ao desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.

A realização e desenvolvimento de planos de cuidados/intervenção foi uma forma de contribuir para o desenvolvimento de um programa de reabilitação da pessoa ao meu cuidado e, ao mesmo tempo, aumentar a minha responsabilidade através de conhecimentos fundamentados na evidência científica, assim como a aplicação de *guidelines*. Tive sempre em mente a necessidade de articular a prática agora vivenciada com a teoria que até então havia sido aprendida e consolidada. A integração fluída da identidade está diretamente relacionada com a forma como o indivíduo incorpora na sua vida os novos comportamentos, experiências e competências adquiridas para uma melhor adaptação à realidade, após a transição (Meleis et al, 2000).

A realização da ação de formação do serviço sobre otimização da inaloterapia possibilitou-me interiorizar vários conceitos, assim como um estudo aprofundado desta terapêutica farmacológica. Também a partilha de experiências durante a sessão se revelou como uma mais-valia, privilegiando a melhoria da prática profissional, permitindo corrigir alguns dos problemas encontrados.

A consecução dos objetivos e das atividades previamente determinadas permitiu igualmente a aquisição de conhecimentos (sobretudo ao nível da temática em estudo) e o desenvolvimento de novas competências e capacidades (que foram traduzidas em ganhos de crescimento pessoal e profissional), refletindo-se na prestação de melhores cuidados de enfermagem, sobretudo ao nível da área da enfermagem de reabilitação e, mais especificamente, no cuidar especializado da pessoa submetida a cirurgia torácica.

Durante todo o percurso dos estágios clínicos foi possível estabelecer orientações para a minha prática profissional, com base na teoria das transições de Meleis, permitindo o desenvolvimento de uma nova compreensão do processo de transição, mais completa e aprofundada, assim como foi igualmente possível colocar em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis et al, 2000). Neste sentido, a reabilitação permite que a pessoa readquira capacidades e competências possibilitando, assim, uma melhoria da perspetiva da pessoa relativamente à doença e à sua qualidade de vida. A reabilitação constitui a meta do plano que o profissional de saúde constrói com a pessoa e para a pessoa, “garantindo ao outro uma presença junto de si e que faz a diferença em cada situação vivida” (Hesbeen, 2003, p. 85).

Relativamente a sugestões futuras, proponho a realização e publicação de estudos de investigação na área da cirurgia (estudos de caso, ensaios clínicos), uma vez que constatei existir pouca evidência científica ao nível da enfermagem de reabilitação em Portugal. Existem estudos, sim, mas todos eles realizados pelos profissionais de saúde da área da fisioterapia (e mesmo estes são escassos). Cada vez mais, esta é uma área fulcral para o desenvolvimento da prática do EEER, quer, pelo aumento do número de cirurgias, quer, pelas várias complicações que depois podem advir dessas intervenções.

É através do “motor da investigação que os enfermeiros de reabilitação podem demonstrar o seu contributo específico e insubstituível para ganhos em saúde” (Gomes, Rocha, Martins e Gonçalves, 2014, p.4). Considera-se fundamental a sensibilização dos EEER para o desenvolvimento de respostas nesta área, com programas de enfermagem de reabilitação, ou através da otimização e adequação de cuidados de enfermagem resultantes desse conhecimento, sempre com a finalidade de promover uma transição saudável e a qualidade de vida a estas pessoas com necessidades de cuidados específicos.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS

O término de um trabalho origina, sempre, alguma ambivalência de sentimentos. Por um lado, somos acerbados pela felicidade e contentamento pelo trabalho feito, pelos objetivos atingidos e pelas realizações alcançadas; mas, por outro lado, fica-se também com a ideia de que há muito mais por fazer e que, na realidade, este final é apenas o princípio de algo mais. Ao longo deste relatório, foi por diversas vezes mencionado que uma transição comporta mudança (Meleis et al, 2000), e penso que este relatório deixa bem visível a mudança que em mim ocorreu. A procura de uma compreensão, um modo de ser, de agir e de exercer, que se traduz em respostas e na capacidade de resiliência necessária para enfrentar um novo dia Benner (2005).

A mestria é determinada pela aquisição de novas habilidades e comportamentos que se vivenciam durante as transições (Meleis et al, 2000). Neste meu processo de transição, e apesar de ainda não ter experiência como EEER, identifico indicadores de progresso que apontam nesse sentido, nomeadamente, ao nível do desenvolvimento de estratégias capazes de me auxiliarem na compreensão de situações para as quais não tinha anteriormente sensibilidade, bem como ao nível da redefinição da minha identidade de enfermeira generalista para enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Atualmente, consigo responder e identificar situações a que anteriormente não conseguia, assim como auto responsabilizar-me por algumas das terapêuticas de enfermagem instituídas à pessoa, com o objetivo de alcançar um resultado positivo e saudável com qualidade de vida e bem-estar (Meleis et al, 2000).

Como resultados deste estágio clínico, saliento o facto de este ter incorporado as duas vertentes onde o EEER desenvolve a sua prática: contexto hospitalar e contexto comunitário, tendo ambos contribuído para o meu crescimento quer enquanto profissional, quer enquanto pessoa.

Relativamente à aprendizagem proporcionada pelos estágios, é de referir que os objetivos foram totalmente atingidos. Não só pela consecução das atividades

inicialmente propostas (e outras que, dada a sua importância, foram entretanto também incluídas), como pela aquisição de conhecimentos, sobretudo a nível da temática das intervenções do EEER na pessoa submetida a cirurgia torácica. Estas aquisições traduzem-se em ganhos de competências e, conseqüentemente, num aumento de capacidade profissional. Têm, portanto, um reflexo direto na qualidade de cuidados de enfermagem prestados em situações de contexto hospitalar. No ato de aprender está sempre implícito um comprometimento, um desejo de crescimento e envolvimento permanente, em paralelo com a capacidade de autoconhecimento, experiências vividas, desconstrução e reconstrução de ideias. A importância atribuída pelos enfermeiros às “estratégias ativas de aprendizagem e à necessidade de formação prática, com aplicação a casos concretos de modo dinâmico, são fundamentais para o exercício destas competências e para a excelência do exercício profissional” (Gomes, Rocha, Martins e Gonçalves, 2014). Como já ficou referido neste relatório, uma transição comporta mudança (Meleis et al, 2000), logo, é necessário promover os cuidados prestados e o impacto que os mesmos têm na pessoa e na instituição. Reabilitar não é a pessoa voltar à sua situação inicial, mas sim a forma como se adapta à sua nova situação de saúde.

Como perspectivas para dar continuidade a este trabalho, deixo este relatório de estágio disponível para ser consultado (para os casos em que mais colegas se interessem por esta temática) e manifesto igualmente a minha vontade de realizar um artigo sobre este tema, para partilha de experiência nesta área. Além disso, essa continuidade pode passar, também, por tornar-me enfermeira de reabilitação no meu atual serviço, contribuindo não só no sentido de poder prevenir ou corrigir as CPC da pessoa submetida a cirurgia, como também ao nível dos ganhos e benefícios para a pessoa através da aplicação de um programa de reabilitação por parte do enfermeiro de reabilitação. A prática dos enfermeiros de reabilitação é um contributo significativo, pelos seus conhecimentos e atributos técnicos que ajudam na diferenciação de cuidados e programas de reabilitação, numa lógica de cuidados centrados na pessoa e na família (Gomes, Rocha, Martins e Gonçalves, 2014).

E, para finalizar, antecipando já a pergunta sobre se serei atualmente uma enfermeira mais competente?

Do ponto de vista teórico, claramente sim. Mas, à competência, acrescento a coerência, a prática, a experiência e aquilo que doravante posso fazer com todo o conhecimento agora adquirido. Refletir de forma crítica sobre os fenômenos observados e integrá-los na prática, estabelecer relações de parceria à luz do raciocínio defendido nas teorias de enfermagem e na evidência científica, incrementar a tomada de decisão e atingir o nível de competência desejado para um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2008). *Transições e contextos multiculturais: Contributo para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.

Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS). (2013). Relatório da Atividade Cirúrgica Programada 2012. Acedido em 12/06/13. Disponível em:
<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/UCGIC%20TL%20pdf.pdf>.

Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS). (2002). Rede de referenciação hospitalar de medicina física e de reabilitação. Acedido em 10/01/2014. Disponível em:
<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIAÇÃO%20DE%20MEDICINA%20FÍSICA%20E%20REABILITAÇÃO.pdf>.

American Thoracic Society and European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation (ATS / ERSSPR). (2006). American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 173: 1390-1413.

Barcelos, S. et al. (2008). Transplante hepático: repercussões na capacidade pulmonar, condição funcional e qualidade de vida. *Arquivos de Gastroenterologia*. 45 (3), 186-191.

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica da enfermagem*. Coimbra. Quarteto.

Biazin, D.; Coldibelli, L.; Ribeiro, R.; Silva, M.; Andrade, M.; Flauzino, E.; Lara, F. (2002). Importância da Assistência Humanizada do Paciente Submetido a Cirurgia Cardíaca. *Terra e cultura*, 35 (18), 121-132. Acedido a 10/01/2014. Disponível em:
http://web.unifil.br/docs/revista.../35/Terra%20e%20Cultura_35-10.pdf.

Branco, P. (2012). Temas de reabilitação: reabilitação respiratória. *Servier*. Porto.

- Cabral, D.M.G.C. (2004). *Cuidados especializados em enfermagem perioperatório: contributo para a sua implementação*. (Teses de doutoramento). Disponível em RCAAP.
- Cardoso, F. (2002). *Avaliação da Qualidade dos Serviços de Urgência: Satisfação dos Utentes*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.
- Carvalho, D.; Carneiro, R. (2007). Diagnóstico de enfermagem de pacientes em pós-operatório de transplante hepático por cirrose etílica e não etílica. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery* .11 (4), 682 – 687.
- Cordeiro, M; Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória*. Loures: Lusociência.
- Cruz, F. M. et al. (1997). *Manual Sinais Vitais: técnicas de reabilitação I*. Coimbra, Formasau.
- Decker, k; Schil, P. (2003). Cardiac Complications After Noncardiac Thoracic: Surgery: an evidence-based current review. *The Society of Thoracic Surgeons* 75(9). p.1340-1348. Acedido a 2/07/2013. Disponível em: <http://ats.ctsnetjournals.org/cgi/reprint/75/4/1340>.
- D'Espiney, L. (2008). Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. *Revista Ciências Educação*, (6):7-20.
- Dronkers, J.; et al. (2008) – Prevention of pulmonar complications after upper abdominal surgery by preoperative intensive inspiratory muscle training: a randomized controlled pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 22, 134-142.
- Esmond, G. (2005). *Enfermagem das Doenças Respiratórias*. Loures. Lusociência.

- Estrela, I.R. (2012). *Vivenciar a Cirurgia. Uma Transição: Da informação prestada às necessidades relatadas*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.
- Ferrito, C.; Ruivo, A.; Andrade, C. ; Dias, T., Fernandes, C. (2010), Janeiro – Março). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-35.
- Filardo, F.; Faresin, S.; Fernandes, A. (2002). Validade de um índice prognóstico para ocorrência de complicações pulmonares no pós-operatório de cirurgia abdominal alta. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 48 (3), 209-216.
- Godinho, N. (2013). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: Norma APA*. ESEL. Lisboa.
- Gomes, B. P. (2008). *Enfermagem de reabilitação: um contributo para a satisfação do utente*. (Teses de doutoramento).Disponível no RCAAP.
- Gomes, N.C.R.P. (2009). *Vivências do Doente Cirúrgico no Perioperatório da Cirurgia Programada*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.
- Gomes, B; Rocha, M; Martins, M; Gonçalves, M. (2014). *Investigação Em Enfermagem De Reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática dos cuidados*. ESEP. Porto.
- Heitor, M.; (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. 2.^a Ed. Lisboa. Boeringer Ingelheim.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e resultados esperados*. Loures, Lusociência.

Hoeman, P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e progresso*. 2.^a Ed. Loures, Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2013). Anuário estatístico Portugal 2011. Acedido em 06/06/2013. Disponível em:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=134725522&PUBLICACOESmodo=2.

Januário, J.C. (2013). *Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa Internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. (Tese de mestrado). Universidade de Coimbra. Coimbra.

Lawrence, V.; Cornell, J.; Smetana, G. (2006) – Strategies to Reduce Postoperative Pulmonary Complications after Noncardiothoracic Surgery: Systematic Review for the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*. 144(8), 596-608.

Magalhães, M.M.A. (2009). O processo de cuidados de enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica-DPOC: da evidência científica à mudança das práticas. *Sinais Vitais*, (8),26-39.

McCormack, B.; McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. Oxford. Wiley-Blackwell.

Meleis, A. (2010). *Transitions. Theory Middle Range and Situation-Specific. Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., DeAnne, K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*. 23, 12-28.

- Melo, J. (1989). State of the art na cirurgia cardiotorácica: Evolução da cirurgia torácica. *Acta Médica Portuguesa*, 2, 32-33. Acedido em 06/04/2014. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/4620/3632>.
- Mestrinho, M; Antunes, L. (2013). *A Investigação nos Contextos de Trabalho: desafios da experiência – um sentido de reabilitação*. Loures. Lusociência.
- Neto, L; Thomson, J; Cardoso, J. (2005). Complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgias eletivas e de urgência e emergência em um hospital universitário. *Jornal brasileiro de pneumologia*, acedido em 02/05/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v31n1/23454.pdf>.
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em cuidados de saúde primários: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (8) 125-134.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pasquina, P.; et al. (2006) – Respiratory Physiotherapy to Prevent Pulmonary Complications after Abdominal Surgery: a systematic review. *CHEST Nothbrook*, 130, 1887-1899.

- Pedrolo, F; Hannickel, S;Oliveira, J; Zago, M. (2001). A Experiência de Cuidar do Paciente Cirúrgico: As Percepções dos Alunos de um Curso de Graduação de Enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 35 (1), 35-40. Acedido a 03/01/2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n1/v35n1a05.pdf>.
- Petronilho, A. (2007). *Preparação do Regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra. Quarteto.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2013). Plano Nacional de Saúde (2012-2016). Lisboa. Versão resumo.
- Rassam, E; Pinheiro, T; Stefan, L; Módena, S. (2009). Complicações tromboembólicas no paciente cirúrgico. *Arq .Cirurgia Digital* 22 (1).P.41-4. acedido a 2/07/2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/abcd/v22n1/09.pdf>.
- Routasalo, P; Arve, S; Lauri, S. (2004). Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model International. *Journal Of Nursing Practice*. 10 (5):207-215.
- Santos, M; Grilo, A; Andrade, G; Guimarães; Gomes, A. (2010). Comunicação em Saúde e a segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 10. 47-57.
- Sharma, B; Sing, V.(2011). Pulmonary rehabilitation: An overview. *Lung India*, 28(4), 276-284. DOI: 10.4103/0970-2113.85690.
- Sidani, S., (2011). *Self-Care. Nursing Outcomes: State of the Science*. Toronto: Faculty of Nursing University of Toronto.

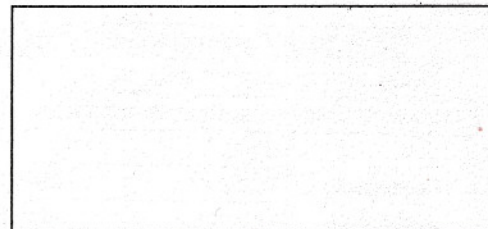
- Simões, J.F.F.L., (2004). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Simões, M; Rodrigues, M; Salgueiro, N. (2011). Humanidade: Ligação interpessoal de relação e cuidado. *Revista Portuguesa de Bioética*,14.213-225.
- Sucena; M; Coelho, F; Almeida, T; Gouveia, A; Hespanhol, V. (2010). Enfisema subcutâneo maciço – Tratamento com drenos subcutâneos. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, (2)321-329.
- Testas, J. *Enfermagem de Reabilitação no Doente Respiratório*. In: Marcelino, P. (2008) – Manual de Ventilação Mecânica do Adulto – Abordagem ao Doente Crítico. Loures: Lusociência.
- Tomey,A; Alligood,M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures. Lusociência.
- Tones, K.(1994). Health education as empowerment. In: Health promotion: how to measure cost-effectiveness. London: *Health Education Authority*, 38-69.
- Trevisan, M. E., Soares, J. C., & Rondinel, T. Z. (out/dez de 2010). Efeitos de duas técnicas de incentivo respiratório na mobilidade toracoabdominal após cirurgia abdominal alta. *Fisioterapia e Pesquisa*, pp. 322-326.
- Valkenet, K., De Heer, F., G. Backx, F. J., A. Trappenburg, J. C., J. Hulzebos, E. H., Kwant, S., Van De Port, I. G. (2013). Effect of Inspiratory Muscle Training Before Cardiac Surgery in Routine Care. *Physical Therapy* 93 (5), 611-619. DOI:10.2522/ptj.20110475.
- Varela, G; Novoa, N; Ballesteros, E; Oliveira, R; Esteban, P; Aranda, J.(2010): Results of a simple exercise test performed routinely to predict postoperative morbidity after anatomical lung resection. *Journal Cardiothorac Surg*, (37), 521– 524.

Yáñez, I.; Pita, S.; Juffé, A.; Martínez, U.; Pértega,S., Mauleón, A. (2009).
Respiratory physiotherapy and incidence of pulmonary complications in off-
pump coronary artery bypass graft surgery: An observational follow-up study.
BMC Pulm Med, 9-36.

ANEXOS

**Anexo I – Folha de
registo do EEER**

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA
REGISTOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



DATA DE ADMISSÃO: __/__/__ DATA DE ALTA: __/__/__ CAMA: ____

DIAGNÓSTICO: _____

ANTECEDENTES: _____

INTERVENÇÃO CIRURGICA: _____ DATA: __/__/__

LIMITAÇÕES AOS EXERCÍCIOS: _____

AVALIAÇÃO		DATA:																																																																																																																																										
Sinais Vitais	Frequência Cardíaca (ppm)	(I/F)																																																																																																																																										
	Frequência respiratória (cpm)	(I/F)																																																																																																																																										
	SpO ₂ (%)	(I/F)																																																																																																																																										
	Tensão Arterial (mmHg)	(I/F)																																																																																																																																										
	Dor (0 a 10)	(I/F)																																																																																																																																										
	Escala de Borg da dispneia (0 a 10)	(I/F)																																																																																																																																										
Respiração	Simetria Torácica (Sim, Não)																																																																																																																																											
	Torácica, Abdomino-Diafragmática, Mista, Paradoxal																																																																																																																																											
	Amplitude (Superficial, Normal, Profunda)																																																																																																																																											
Sintomas	Tosse (Seca, Produtiva - Eficaz, Ineficaz, Aspiradas Secreções)																																																																																																																																											
	Secreções	Quantidade (Abundantes, Moderadas, Escassas)																																																																																																																																										
		Consistência (Fluidas, Espessas)																																																																																																																																										
		Caract. (Mucosas, Muco-Purulentas, Purulentas, Hemáticas, Rosadas)																																																																																																																																										
	Tiragem (Intercostal, Supraclavicular) Adejo Nasal																																																																																																																																											
Auscultação	Murmúrio Vesicular: (Mantido, Diminuído, Ausente) (D/E)		1/3 Sup.																																																																																																																																									
			1/3 Méd.																																																																																																																																									
			1/3 Inf.																																																																																																																																									
	Ruídos Adventícios: (Roncos, Sibilos, Fervores, Crepitações, Atritos) (D/E)		1/3 Sup.																																																																																																																																									
			1/3 Méd.																																																																																																																																									
			1/3 Inf.																																																																																																																																									
Rad. Tórax	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Hipotransparência </div> </div>	

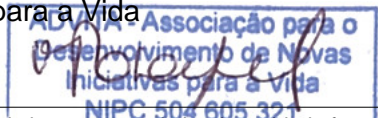
**Anexo II –
Formação em Cuidados Paliativos em AVC**

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que Cristiana Isabel Da Cruz Furtado Firmino, natural de Angola, nascido/a a 15/02/1973, nacionalidade Portuguesa, portador do bilhete de identidade nº 10099849 emitido pelo Arquivo de Identificação de Lisboa em 20/08/2008, participou no Curso de Formação Profissional Simpósio de Cuidados Paliativos nos AVC's que decorreu em 18/10/2013 no/a Hospital da Luz com a duração total de 7 horas.

Lisboa, 18 de Outubro de 2013

O Responsável pela ADVITA - Associação para o Desenvolvimento Novas Iniciativas para a Vida



ADVITA - Associação para o
Desenvolvimento de Novas
Iniciativas para a Vida
NIPC 504 605 321

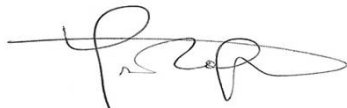
(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado n.º 3309/2013

De acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010



Coordenação Científica da Comissão de Ensino,
Formação e Investigação do Hospital da Luz



APÊNDICES

**Apêndice I – Objetivos
de EC**

1. Identificar o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na dinâmica do serviço

Domínios e Competências

A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Atividades e Estratégias

- Reunião formal com o enfermeiro chefe e enfermeira orientadora, onde é apresentado serviço.
- Visita do serviço acompanhada pela enfermeira chefe e enfermeira orientadora.
- Conhecimento da dinâmica e funcionamento/organização do serviço.
- Apresentação à equipa multidisciplinar.
- Consulta de manuais e normas de serviço, regulamentos e protocolos da instituição.
- Observação da intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação.

Indicadores / Critérios de Avaliação

- Conhece a estrutura física e funcional do serviço onde se insere.
- Conhece as principais normas, regulamentos e protocolos do serviço/instituição.
- Identifica as intervenções do Enfermeiro Especialista em Reabilitação e contextualiza-as na dinâmica do serviço.
- Conhece a proveniência dos clientes admitidos no serviço, causas da patologia mais frequente e destino após alta.
- Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.
- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais na identificação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação, há pessoa submetida a cirurgia torácica.

Recursos

Humanos: Enfermeiro Orientador/Tutor da ESEL e do local do ensino clínico; pessoa/família; equipa multidisciplinar.

Físicos: _____

Materiais: Biblioteca da ESEL; base dados da Ordem dos Enfermeiros; Código deontológico; Processo do cliente.

Temporais: Até à terceira semana do Estágio Clínico.

2. Desenvolver capacidade de gestão de cuidados à pessoa submetida a cirurgia torácica, de acordo com os recursos existentes.

Domínios e Competências

B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

D1 — Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade.

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Atividades e Estratégias

- Observação da enfermeira orientadora.
- Consulta de manuais e normas do serviço, regulamentos e protocolos da instituição.
- Compreensão dos papéis/funções dos diversos elementos da equipa multidisciplinar.
- Participação na construção da tomada de decisão em equipa.
- Participação em projetos de melhoria da qualidade de cuidados (úlceras de pressão, quedas, dor...).
- Identificação da necessidade de referenciação para outros profissionais ou nível de cuidados.
- Transmissão da informação acerca da evolução clínica da pessoa, e necessidade de cuidados.
- Manipulação correta dos equipamentos disponíveis e necessários para garantir a qualidade dos cuidados;
- Identificação de recursos existentes.
- Utilização de recursos de forma adequada e eficiente.
- Promoção de ambiente positivo e favorável à prática de cuidados.
- Desenvolvimento de competências relacionais e técnicas.

Indicadores / Critérios de Avaliação

- Faz reflexão diária (ou quando oportuna) sobre as práticas de Enfermagem com a equipa multidisciplinar.
- Faz uma reflexão escrita sobre a gestão de cuidados à pessoa, apresentada no relatório final de estágio clínico.
- Participa na tomada de decisão em equipa.
- Utiliza recursos disponíveis de forma adequada e eficaz na promoção da qualidade dos cuidados.
- Promove a continuidade dos cuidados disponibilizando assessoria de enfermagem à restante equipa.
- Identifica oportunidades de melhoria pessoal e profissional.

- Utiliza corretamente os produtos de apoio existentes em cada local de estágio clínico;
- Reflete nas atividades e estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.
- De que modo as atividades e estratégias planejadas e desenvolvidas foram fundamentais para o desenvolvimento de competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa submetida a cirurgia torácica, na utilização dos recursos disponíveis, com vista a minimizar ou prevenir as complicações pós-cirúrgicas.

Recursos

- Humanos: Enfermeiro orientador da ESEL e o do local do estágio clínico; pessoa/ família; equipa multidisciplinar.
- Físicos: [REDACTED]
- Materiais: Biblioteca da ESEL; base dados da Ordem dos Enfermeiros; Livro “Enfermagem de Reabilitação” de Hoeman, S.P.; legislação sobre acessibilidades; aulas teórico-práticas; processo clínico; documentos, protocolos e projetos da instituição; instrumentos/ escalas aplicadas; produtos de apoio.
- Temporais: Até final do estágio clínico.

3. Desenvolver intervenções de enfermagem de reabilitação ao indivíduo submetido a cirurgia torácica, para minimizar ou prevenir complicações pós-cirúrgicas.

Domínios e Competências

A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.

J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Atividades e Estratégias

- Consulta de bibliografia pertinente, com maior enfoque na **Reeducação Funcional Respiratória**.
- Consulta do processo clínico.
- Desenvolvimento de competências na capacidade de auscultação pulmonar.
- Desenvolvimento de competências na capacidade de avaliação de Radiografia do Tórax.
- Desenvolvimento de competências na avaliação de exames laboratoriais.
- Implementação das várias técnicas de Reeducação Funcional Respiratória ao doente cirúrgico.
- Identificação diária, planeamento e avaliação das necessidades de intervenções específicas em enfermagem de reabilitação, com ênfase na RFR validando-as com a enfermeira orientadora.
- Desenvolvimento de planos de cuidados em parceria com o cliente e a sua família, valorizando o que consideram importante no seu processo de transição.
- Participação no processo de tomada de decisão em equipa, no qual o cliente e família também participam.
- Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa/ família com necessidades de cuidados de reabilitação.
- Discussão com a orientadora sobre questões quotidianas da prática que se mostrem relevantes para a minha aprendizagem.
- Observação da intervenção do Enfermeiro Especialista nas diversas circunstâncias.

Indicadores / critérios de Avaliação

- Faz reflexão escrita sobre a atuação na prática de cuidados à pessoa/família, apresentada no relatório final.
- Descreve no relatório final as aprendizagens efetuadas e as competências adquiridas no pós-operatório dos doentes submetidos a cirurgia torácica.
- Descreve as competências que considera necessárias dinamizar futuramente na Instituição onde exerce funções.
- Envolve a pessoa/família na implementação de estratégias de resolução de problemas, respeitando valores, crenças e práticas culturais.
- Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.
- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais na identificação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação, há pessoa submetida a cirurgia torácica.
- Desenvolve competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa submetida a cirurgia torácica, de forma a minimizar e prevenir complicações pós-cirúrgicas.

Recursos

- Humanos: Enfermeiro orientador da ESEL e o do local do estágio clínico; Pessoa/família; Equipe multidisciplinar.
- Físicos: [REDACTED]
- Materiais: Biblioteca da ESEL; Base dados da Ordem dos Enfermeiros; Livro “Enfermagem de Reabilitação” de Hoeman, S.P.; Legislação sobre acessibilidades; Aulas teórico-práticas; Processo clínico; Documentos, protocolos e projetos da instituição; Instrumentos/escalas aplicadas; Produtos de apoio.
- Temporais: Até final do estágio clínico.

4. Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia torácica, facilitando o seu processo de transição de forma positiva e saudável

Domínios e Competências

B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

D1 — Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade.

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Atividades e Estratégias

- Consulta de artigos e livros, na área da reabilitação.
- Observação da enfermeira orientadora e da dinâmica do serviço.
- Procura de momentos de aprendizagem de crescente complexidade ao longo do ensino clínico.
- Elaboração e implementação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação com vista ao autocuidado.
- Utilização e ensino sobre os produtos de apoio.
- Utilização de instrumentos/ escalas de avaliação adequados à situação e existentes no serviço.
- Integração na equipa multidisciplinar, participando ativamente, e de forma progressiva, com rigor científico, na planificação e prestação de cuidados de reabilitação.
- Integração de exames complementares de diagnóstico para suportar a avaliação da pessoa e planeamento dos cuidados.
- Desenvolvimento de competências técnicas e científicas (no âmbito da enfermagem de reabilitação) à pessoa submetida a cirurgia torácica, com alterações nas funções motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da eliminação e sexualidade, tais como: **reeducação funcional respiratória**, motora, sensorial, cognitiva, alimentação e eliminação; e otimização e reeducação da sexualidade.
- Desenvolvimento de conhecimentos de **RFR** ao nível dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia torácica.
- Aperfeiçoamento de competência técnica e científica (no âmbito da enfermagem de reabilitação) à pessoa submetida a cirurgia torácica, no processo de transição para a domicílio/instituição.
- Identificação diária das necessidades em Enfermagem de Reabilitação, com ênfase na RFR.
- Avaliação das intervenções efetuadas e atualização do plano de cuidados;
- Elaboração de registos que concedam visibilidade aos cuidados prestados na área de enfermagem de reabilitação.

Indicadores/ critérios de Avaliação

- Utiliza escalas/instrumentos, parâmetros adequados para avaliar as necessidades da pessoa, nas áreas motora, cardiorrespiratória, sensorial, cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade, existentes no serviço.
- Demonstra destreza na realização das técnicas de **reeducação funcional respiratória**, sensoriomotora, cognitiva, alimentação e eliminação; e otimização e reeducação da sexualidade.
- Assegura a continuidade e a integração de cuidados, registrando as observações e avaliando as intervenções realizadas.
- Elabora reflexão de aprendizagem periódica.
- Utiliza técnicas de informação e métodos de pesquisa adequados.
- Discute as implicações de dados provenientes da evidência, que contribuam para o desenvolvimento da enfermagem, com a equipa.
- Diagnostica, planeia, divulga e realiza ações de formação, em pelo menos uma sessão acerca da temática em estudo.
- Participa em pelo menos uma sessão de formação sobre a temática em estudo.
- Evidencia a teoria na prática
- Enuncia os cuidados de enfermagem de reabilitação adequados à situação da pessoa/família, integrando e mobilizando os conhecimentos na área da reeducação funcional respiratória
- Promove a aprendizagem em contexto de trabalho.
- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamental para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia torácica, tendo em vista a facilitação do processo de transição para o seu autocuidado.
- Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo.
- Desenvolve perícia na execução das intervenções de reabilitação, nomeadamente em RFR.
- Assume responsabilidade na implementação do programa de reeducação funcional respiratória que facilitem o processo de transição e promovam o autocuidado, maximizando as capacidades e potencialidade da pessoa submetida a cirurgia torácica.

Recursos

- **Humanos:** Enfermeiro orientador da ESEL e do local do ensino clínico; pessoa/ família; equipa multidisciplinar.
- **Físicos:** ████████████████████
- **Materiais:** Biblioteca da ESEL; base dados da Ordem dos Enfermeiros; aulas teórico-práticas; meios audiovisuais (a definir)
- **Temporais:** Até ao final do estágio clínico.

5. Capacitar a pessoa submetida a cirurgia torácica, facilitando os processos de transição saúde/doença, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais

Domínios e Competências

C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.

J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Atividades e Estratégias

- Consulta de artigos e livros, na área da reabilitação.
- Observação da enfermeira orientadora e da dinâmica do serviço.
- Promove o direito da pessoa ao acesso à informação.
- Promove o respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde.
- Promove o respeito pela provacidade, valores, crenças pessoais e religiosas da pessoa/família.
- Identificação dos recursos humanos, físicos e materiais do serviço.
- Análise dos documentos existentes no serviço, dando ênfase aos que visam a reabilitação.
- Integração na equipa multidisciplinar, participando ativamente, e de forma progressiva, com rigor científico, na planificação e prestação de cuidados de reabilitação.
- Integração de exames complementares de diagnóstico para suportar a avaliação da pessoa e planeamento dos cuidados.
- Desenvolvimento de competências técnicas e científicas (no âmbito da enfermagem de reabilitação) à pessoa submetida a cirurgia torácica, com alterações nas funções motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da eliminação e sexualidade, tais como: **reeducação funcional respiratória**, motora, sensorial, cognitiva, alimentação e eliminação; e otimização e reeducação da sexualidade.
- Desenvolvimento de conhecimentos de **RFR** ao nível dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia torácica.
- Aperfeiçoamento de competência técnica e científica (no âmbito da enfermagem de reabilitação) à pessoa submetida a cirurgia torácica, no processo de transição para a domicílio/instituição.
- Identificação diária das necessidades em Enfermagem de Reabilitação.
- Identificação dos recursos do serviço mobilizáveis para cada situação em particular.

- Realização de ensino, instrução e treino de técnicas específicas de autocuidado e de AVD's utilizando dispositivos de compensação.
- Identificação dos fenómenos de enfermagem e planeamento de intervenções no âmbito da reabilitação à pessoa submetida a cirurgia torácica, utilizando os conhecimentos adquiridos em contexto de aprendizagem teórica.
- Realização de planos de cuidados de reabilitação personalizados.
- Avaliação com a pessoa e família sobre o impacto da situação de doença na sua vida.
- Observação, reflexão e colaboração na intervenção da enfermeira orientadora, na fase de execução e avaliação dos cuidados de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia torácica.
- Realização dos cuidados planeados, avaliando a sua eficácia e atuando de acordo com os resultados, reformulando os planos sempre que necessário, de acordo com a avaliação, atuação e evolução e/ou retrocesso.
- Justificação das intervenções e decisões, comunicação e discussão dos resultados com a equipa/orientadora.
- Orientação da pessoa (família/cuidador informal) em processo de transição e na integração dos cuidados e planeamento de alta/transferência.
- Envolvimento da família/cuidador informal como parte integrante e ativa do processo de reabilitação.

Indicadores/ Critérios de Avaliação

- Utiliza escalas/instrumentos, parâmetros adequados para avaliar as necessidades da pessoa, nas áreas motora, cardiorrespiratória, sensorial, cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade, existentes no serviço.
- Demonstra destreza na realização das técnicas de **reeducação funcional respiratória**, sensoriomotora, cognitiva, alimentação e eliminação; e otimização e reeducação da sexualidade.
- Assegura a continuidade e a integração de cuidados, registando as observações e avaliando as intervenções realizadas.
- Elabora reflexão de aprendizagem periódica.
- Elabora o estudo caso.
- Elabora programas de educação para a saúde sobre técnicas específicas de autocuidado e de AVD's.
- De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o desenvolvimento de competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa / família que se encontra a vivenciar processos de transição saúde/doença.
- Reflete nas atividades e estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.
- Desenvolve competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa /família que se encontram a vivenciar processos de transição de saúde e doença, de acordo com os princípios éticos, deontológicos e legais.

Recursos

- Humanos: Enfermeiro orientador da ESEL e o do local do estágio clínico; Pessoa/família; Equipa multidisciplinar.
- Físicos: [REDACTED].
- Materiais: Biblioteca da ESEL; Base dados da Ordem dos Enfermeiros; Livro “Enfermagem de Reabilitação” de Hoeman, S.P.; Legislação sobre acessibilidades; Aulas teórico-práticas; Processo clínico; Documentos, protocolos e projetos da instituição; Instrumentos/escalas aplicadas; Produtos de apoio.
- Temporais: Até final do estágio clínico.

6. Identificar o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na dinâmica da Instituição

Domínios e Competências

A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Atividades e Estratégias

- Reunião formal com o enfermeiro chefe e enfermeira orientadora, onde é apresentado a instituição e a área de intervenção do EER
- Visita da instituição e local de atuação do EER, acompanhada pela enfermeira chefe e enfermeira orientadora.
- Conhecimento da dinâmica e funcionamento/organização do serviço.
- Apresentação à equipa multidisciplinar.
- Consulta de manuais e normas de serviço, regulamentos e protocolos da instituição.
- Observação da intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação.

Indicadores / Critérios de Avaliação

- Conhece a estrutura física e funcional do serviço onde se insere.
- Conhece as principais normas, regulamentos e protocolos do serviço/instituição.
- Identifica as intervenções do Enfermeiro Especialista em Reabilitação e contextualiza-as na dinâmica do serviço.
- Conhece a proveniência dos clientes e causas da patologia mais frequente, com necessidades de intervenções especializadas pelo EER.
- Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.
- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais na identificação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação, há pessoa com alterações sensoriomotoras e/ou no pós-operatório tardio.

Recursos

Humanos: Enfermeiro Orientador/Tutor da ESEL e do local do ensino clínico; pessoa/família; equipa multidisciplinar.

Físicos: _____

Materiais: Biblioteca da ESEL; base dados da Ordem dos Enfermeiros; Código deontológico; Processo do cliente.

Temporais: Até à segunda semana do Estágio Clínico.

7. Desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa /família que se encontrem a viver processos de transição saúde/doença do foro sensório-motor e /ou no pós-operatório tardio.

Domínios e Competências

A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.

Atividades e Estratégias

- Reunião formal com o enfermeiro chefe e enfermeira orientadora, onde é apresentado a instituição
- Visita da instituição acompanhada pela enfermeira orientadora e especialista em reabilitação.
- Conhece a dinâmica e funcionamento do serviço onde está inserido o enfermeiro especialista de reabilitação.
- Apresentação à equipa multidisciplinar.
- Consulta de manuais e normas regulamentos e protocolos da instituição, com relevância para os de enfermagem de reabilitação
- Observação da intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação nos cuidados de saúde primários e comunidade
- Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa / família.
- Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem
- Presta cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações sensoriomotores e no pós-operatório tardio.
- Realiza programas de treino de AVD'S, visando a adaptação às limitações da mobilidade da pessoa com alterações sensoriomotores e no pós-operatório tardio, com vista à melhoria e reintegração na comunidade.
- Elabora um plano de cuidados globais/ reabilitação adaptado à pessoa com alterações sensoriomotores e/ou no pós-operatório tardio.
- Reflete acerca das competências e práticas de enfermagem de reabilitação, tendo em vista a sua constante melhoria e aperfeiçoamento.
- Participação em ações de formação que possam surgir acerca da temática.

Indicadores / Critérios de Avaliação

- Conhece a estrutura física e funcional do serviço onde se insere.
- Conhece as principais normas, regulamentos e protocolos do serviço onde atua o EER.
- Identifica pelo menos 3 funções / intervenções do Enfermeiro Especialista em Reabilitação e contextualiza-as na dinâmica do serviço / comunidade.
- Faz reflexão escrita sobre a atuação na prática de cuidados à pessoa/família, apresentada no relatório final.
- Ter elaborado pelo menos um plano de cuidados globais/ reabilitação adaptado à pessoa com alterações sensoriomotores e/ou no pós-operatório tardio.
- De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para desenvolver competências e prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações sensoriomotores e/ou no pós-operatório tardio, tendo em vista a facilitação do seu processo de transição e reintegração na comunidade.
- Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.

Recursos

Humanos: Enfermeiro Orientador/Tutor da ESEL e do local do ensino clínico; pessoa/família; equipa multidisciplinar.

Físicos: [REDACTED]

Materiais: Biblioteca da ESEL; base dados da Ordem dos Enfermeiros; Código deontológico; Processo do cliente.

Temporais: Até final do estágio clínico

**Apêndice II –
Cronograma do EC**

		OUTUBRO 2013					NOVEMBRO 2013				DEZEMBRO 2013					JANEIRO 2014				FEVEREIRO 2014			
		1	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24
LOCAL	Hospital ████████ - Serviço Cirurgia Torácica	Estágio longo 36 Turnos																					
	ACES - ████████															Estágio curto 18 Turnos							
	Elaboração do Relatório de Estágio																						

OBJETIVOS	1. Identificar o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na dinâmica do serviço.																						
	2. Desenvolver capacidade de gestão de cuidados à pessoa submetida a cirurgia torácica, de acordo com os recursos existentes.																						
	3. Desenvolver intervenções de enfermagem de reabilitação ao indivíduo submetido a cirurgia torácica, para minimizar ou prevenir complicações pós-cirúrgicas																						
	4. Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia torácica, facilitando o processo de transição para o seu autocuidado																						
	5. Capacitar a pessoa submetida a cirurgia torácica, facilitando os processos de transição saúde/doença, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais cirurgia torácica, facilitando o processo de transição para o seu autocuidado																						
	6. Identificar o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na dinâmica da Instituição																						
	7. Desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa /família que se encontrem a viver processos de transição saúde/doença do foro sensório-motor e /ou no pós-operatório tardio.																						

**Apêndice III – Plano
de Cuidados do EC em Serviço de Cirurgia Torácica**

PLANO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

M.C.V- 64 anos

DIAGNÓSTICO- Nódulo superior esquerdo

ANTECEDENTES PESSOAIS- dislipidémia; bócio eutiroideu; síndrome depressivo; HTA. Ex-fumadora há cerca de 2 meses. Fumava cerca de 10 cigarros dia. Medicada com concor; Co-tareg; e lexotan.

SITUAÇÃO FAMILIAR: Casada, vive com o marido. Tem 2 filhos e 4 netos.

SITUAÇÃO SOCIOECONÓMICA: Professora de Português/Francês reformada. Licenciatura em línguas

TIPO DE HABITAÇÃO: Moradia térrea. Lisboa

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD'S): Independente em todas as avd's.

ATIVIDADES OCUPACIONAIS: leitura, passear, tomar conta dos netos.

DIFICULDADES ECONÓMICAS: não refere

HISTÓRIA ATUAL: Em Janeiro de 2013 por infeções respiratórias recorrentes, realiza TAC Torácico, que revela "... uma condensação pulmonar em vidro despolido e margens irregulares com cerca de 27x17mm circunscrita ao segmento superior da língua. Sem outras alterações." Repete TAC Tórax em julho 2013, em que mantinha condensação aumentada. Realiza ainda BFC em maio (revela ligeiro infiltrado inflamatório inespecífico); PET-CT em setembro (captação no LSE de um processo neoformativo com SUV de 2.4); PFR em setembro (FEV1/FVC 77 e DLCO /VA 91). Referenciada a consulta de Cirurgia Torácica, sendo proposta para cirurgia por lesão da língua sem diagnóstico.

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. Lobectomia Superior Esquerda com Linfadenectomia por VAT'S a 14/11/2013.

Este plano de RFR consistiu em:

Ensino da posição de relaxamento (colaboração com a cliente na redução da tensão muscular e psíquica, induzindo-o na consciência de todo o seu corpo);

Ensino da consciencialização da respiração e da dissociação dos tempos respiratórios (pretende-se que a cliente tome consciência dos tempos respiratórios e a dissociação dos mesmos, ensinada a inspirar pelo nariz, e a expirar pela boca semicerrada);

Ensino dos exercícios de reeducação abdomino-diafragmática (pretende-se com este exercício promover a expansão pulmonar com ênfase nas bases), exigindo uma expansão pulmonar ampla e corrigindo as assinergias ventilatórias;

Exercícios de reeducação costal global, (promover a expansão pulmonar, com controlo e dissociação dos tempos respiratórios, de forma a corrigir defeitos ventilatórios, melhorando a distribuição e a ventilação alveolar global); auto mobilização dos membros superiores.

Exercícios de abertura costal seletiva realizados em decúbito lateral direito, de forma a reeducar a área pulmonar e promovendo a expansão pulmonar, e exercícios da articulação escapulo-umeral.

Exercícios de fortalecimento dos músculos respiratórios e correção dos defeitos posturais (utilização do bastão, movimentos ativos do tronco, reeducação diafragmática com flexão e extensão da articulação coxofemoral).

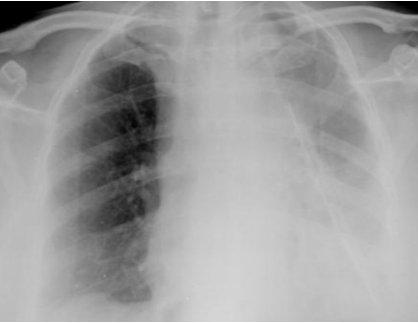
Plano nutricional. Encorajar para a necessidade de uma dieta 0 e depois para uma dieta hiperlipídica, por complicação pós-cirúrgica (quilotórax iatrogénico).


Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
<p><u>Pré-operatório</u></p> <p>13/11/2013</p> <p>Conhecimento sobre técnicas respiratórias em grau reduzido</p>	<p>Avaliar se o cliente tem condições para iniciar programa de Reeducação Funcional Respiratória.</p> <p>Coordenação dos movimentos respiratórios, melhoria da eficácia e prevenção do consumo energético da respiração antes e após a cirurgia</p> <p>Preparar a cliente nos movimentos e atitudes a adotar no pós-operatório.</p> <p>Manter padrão respiratório eficaz após a cirurgia.</p> <p>Prevenir a diminuição da mobilidade torácica e padrões respiratórios substitutos nos pós- operatório.</p> <p>Prevenir o aparecimento de alterações posturais no pós-operatório</p>	<p>Avaliar Parâmetros vitais, dor e dispneia, auscultação pulmonar (AP) e radiografia ao tórax, assim como restantes meios de diagnósticos existentes.</p> <p>Colocar a cliente numa posição de relaxamento (decúbito dorsal)</p> <p>Informação sobre localização da sutura cirúrgica e dos drenos.</p> <p>Instruir sobre técnicas respiratórias - [controlo e dissociação dos tempos respiratórios]</p> <p>Treinar técnicas respiratórias - [controlo e dissociação dos tempos respiratórios,]</p> <p>Instruir técnicas respiratórias – [Reeducação costal global]</p> <p>Instruir técnicas respiratórias – [Reeducação costal seletiva esquerda]</p> <p>Instruir a técnica da tosse – [dirigida e assistida - com contenção da sutura].</p>	<p>Cliente com capacidade para iniciar plano de RFR, com boa tolerância aos exercícios.</p> <p>Com murmúrio vesicular mantido, sem dor e sem dispneia</p> <p>Treinou todos os exercícios respiratórios com sucesso</p> <p>Dissocia corretamente os tempos respiratórios</p> <p>Realizou assistidamente todos os exercícios pedidos.</p>

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
13/11/2013 Conhecimento sobre exercícios motores no pós-operatório não demonstrado	Prevenção da imobilidade no pós-operatório Capacitação para o seu autocuidado no pós-operatório Minimização das complicações pós-operatórias associadas	Instruir sobre técnica de levante pós-operatório [Virar de lado, colocar pernas fora da cama, levante do tronco com o apoio da enfermeira] Treinar sobre técnica de levante pós-operatório [Virar de lado, colocar pernas fora da cama, levante do tronco com o apoio da enfermeira]	O cliente apresentava os conhecimentos inerentes à cirurgia a realizar. Relembrou as técnicas de levante. Reconhece a necessidade de mobilidade precoce no pós-operatório. Treinou todos os exercícios motores com sucesso. Leu e compreendeu informação contida no folheto informativo “Cuidados a ter perante a intervenção cirúrgica”

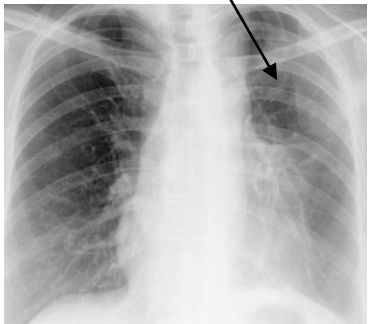
Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
<p>13/11/2013</p> <p>Risco de capacidade funcional comprometida, relacionada com cirurgia torácica</p>	<p>Adaptação e motivação do utente a exercícios terapêuticos, para o seu máximo potencial de autocuidado, no pós-operatório.</p>	<p>Instruir e Motivar [para] treino [da] mobilidade [dos] membros inferiores deambular no corredor, subir e descer lances de escadas].</p> <p>Treino de escadas com 19 degraus.</p> <p>Prova de marcha de 6 minutos.</p>	<p>Mobilização dos membros Sup/ Inferiores sem limitações.</p> <p>Com tolerância e saturação periférica de 97% e fc entre os 80 bpm e 100bpm. Sem dor, sem dispneia e sem alterações na mobilidade após a marcha.</p> <p>Percorreu cerca de 160metros, sem pausas.</p> <p>Realiza com motivação os exercícios.</p>

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Pós-operatório 15/11/2013 Transferir-se: Dependente em grau reduzido	Encorajar para a manutenção da mobilidade e autocuidado no pós-operatório	Treinar estratégias adaptativas para transferir-se [técnica correta para o levantar e transferência para o cadeirão] Instruir a utilização de ajudas técnicas [utilização do “burro” para levantar-se de forma autónoma] Incentivar a pessoa a transferir-se Assistir [a] pessoa na transferência para cadeira com ajuda técnica adaptada (burro) no serviço. Assistir [a] pessoa na transferência para cama.	Fez transferência para o cadeirão sozinha e de forma correta. Utiliza a ajuda técnica adaptada no levantar/deitar, evitando assim presença de dor. Com dor 2/3), durante o levantar/ deitar . necessidade de auxilio neste autocuidado, para diminuir dor e administração de analgesia. Mantém mobilidade para realização das suas atividades de vida diária.

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
<p><u>Pós-operatório</u></p> <p>De 15 a 27/11/13</p> <p>Integridade tecidual alterada relacionada com incisão do dreno torácico e ferida cirúrgica .</p>	<p>Manter a capacidade de mobilização do cliente com o objetivo de minimizar complicações pós. Cirúrgicas.</p> <p>Alívio da dor relacionada com a ferida cirúrgica</p>	<p>Verificar radiografia do Tórax.</p> <p>Auscultação pulmonar</p> <p>Monitorização dos parâmetros vitais</p> <p>Monitorizar [a] dor através de escala de dor e Gerir [a] analgesia</p> <p>Monitorizar quantidade de líquido drenado [características do volume e aspeto drenado; funcionamento do dreno torácico:]</p> <p>Ensinar, instruir e treinar técnicas respiratórias [Ventilação dirigida- respiração abdomino-diafragmática e Costal Superior]</p> <p>Ensinar, instruir e treinar técnicas respiratórias [costal superior e inferior seletivo á esquerda].</p>	<p>Auscultação pulmonar com mv mantido em ambos os hemitoraxes. Sem presença de ruídos adventícios.</p> <p>Manteve-se sem dor (0) durante as sessões de RFR e internamento.</p> <p>Parâmetros vitais dentro dos valores normais para a cliente.</p> <p>Eupneica em ar ambiente sem necessidade de aporte de oxigénio. Saturações periféricas entre os 95% a 98%.</p> <p>Apirética durante todo o internamento</p> <p>17/11/2013- Apresenta dreno torácico na linha axilar média anterior à esquerda, em drenagem ativa a 5 Kpa, oscilante, pouco funcionante e de características sero-hemáticas na tubuladura. Passa a drenagem passiva.</p> <p>18/11/2013 - colhe líquido plural por características leitosas, sugestivo de quilotorax. Mantem drenagem passiva. Suspenso atual plano de RFR</p> 

			<p>19/11/2013- reavaliação de plano de RFR por confirmação de quilotorax. Mantem-se posições de descanso e relaxamento e consciencialização e controlo da respiração. Reeducação abdomino diafragmática Posterior e Costal superior sem resistencia. Suspende-se abertura costal.</p> <p>A 27/11/2013 – Por dreno torácio pouco funcionante,pouco oscilante e de características serosas, é removido dreno.</p> 
--	--	--	---

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
<p>Pós-operatório</p> <p>18/11/2013 a 22/11/13</p> <p>Autocuidado comer e beber limitado em grau elevado, relacionado com a presença de quilotórax na cavidade torácica.</p>	<p>Que a cliente se mantenha em dieta 0 para minimizar o risco de nova intervenção cirúrgica</p>	<p>Explicar a necessidade de manter-se em dieta 0 durante os 5 dias;</p> <p>Gerir e administrar soroterapia instituída e octeotrido prescrito.</p> <p>Avaliar glicémia capilar</p> <p>Advogar a participação da família na restrição alimentar quando visita a cliente</p>	<p>18/11/2013</p> <p>Cliente renitente em manter-se em dieta 0. Reforço positivo verbal para continuar.</p> <p>19 /11 a 21/11/2013</p> <p>Cliente aceita dieta 0 para melhoria da sua condição.</p> <p>De 22/11/a 25/11/2013- inicia dieta hiperlipídica, que cumpre com agrado pois gosta muito de doces.</p>

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
<p>28 a 29/11/2013</p> <p>Comportamento de Adesão Comprometido.</p>	Comportamento de adesão adequado para o regresso a casa.	<p><u>Planeamento para a alta:</u></p> <p>Auscultação pulmonar e observação da radiografia do Tórax.</p> <p>Sessão de RFR com treino e validação de técnicas:</p> <p>Exercícios de abertura costal global com e sem bastão, para melhorar a expansão torácica e facilitar o processo de respiração;</p> <p>Exercícios de abertura costal seletiva, com especial incidência no hemitórax esquerdo para maior amplitude deste pulmão.</p> <p>Exercícios de respiração abdomino-diafragmática posterior e hemicúpula esquerda.</p> <p>Utilização de exercícios ativos do tórax (movimentos dos membros superiores, tronco e manutenção de uma respiração profunda).</p> <p>Encaminhamento para o departamento de</p>	<p>Auscultação pulmonar com mv mantido em ambos os hemitoraxes. Sem presença de ruídos adventícios.</p> <p>Eupneica sem necessidade de aporte de oxigénio. 2 de 97%.</p> <p>Prova de marcha no pós-operatório sobreponível à do pré-operatório.</p> <p>Radiografia torácica, com pequena camara apical à esquerda, sem evolução aparente. Sugere-se manter RFR que a cliente aceitou.</p>  <p>Realizou todos os exercícios, sem apresentar dificuldades na sua realização.</p>

		<p>medicina física e reabilitação deste Hospital, para continuação de RFR.</p> <p>Dar suportes informativos [folheto de orientações ao doente após cirurgia torácica “Guia para a alta”].</p>	<p>Mantem-se autónoma em todas as atividades de vida, e sem aparente s complicações cirúrgicas no momento da alta.</p>
--	--	---	--

PLANO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

I.M- 21 anos

DIAGNÓSTICO- Pneumotórax espontâneo recidivante à esquerda

ANTECEDENTES PESSOAIS- 2 Pneumotórax recidivantes à esquerda em 2012. Nega hábitos tabágicos e etílicos.

SITUAÇÃO FAMILIAR: Solteiro, vive em casa com a mãe e padrasto e tem uma 1 irmã mais nova. Com plano de vacinação atualizado.

SITUAÇÃO SOCIOECONÓMICA: 12º ano; estudante universitário no 4º ano de Radiologia

TIPO DE HABITAÇÃO: Apartamento

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD'S): Independente em todas as avd's.

ATIVIDADES OCUPACIONAIS: Jogar futebol, basquetebol e artes marciais.

DIFICULDADES ECONÓMICAS: Não refere

HISTÓRIA ATUAL: Apresenta após esforço físico, dor torácica, dispneia e dificuldade respiratória, com diminuição dos sons respiratórios à esquerda. Após radiografia ao tórax, fica com diagnóstico de pneumotórax recidivante à esquerda. Coloca drenagem torácica à esquerda e é transferido para o serviço de cirurgia torácica para possível ressecção.

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. Ressecção em cunha de bolhas de enfisema com pleurodese mecânica via VAT'S do lobo superior Esquerdo.

O plano de RFR consistiu em:

Ensino da posição de relaxamento (pretende-se a colaboração do doente e reduzir a tensão muscular e psíquica, induzindo-o na consciência de todo o seu corpo);

Ensino da consciencialização da respiração e da dissociação dos tempos respiratórios (pretende-se que o doente tome consciência dos tempos respiratórios e a dissociação dos mesmos, ensinado a inspirar pelo nariz, e a expirar pela boca semicerrada);

Ensino dos exercícios de reeducação abdomino-diafragmática (pretende-se com este exercício promover a expansão pulmonar com ênfase nas bases), exigindo uma expansão pulmonar ampla e corrigindo as assinergias ventilatórias;

Exercícios de reeducação costal global, (promover a expansão pulmonar, com controlo e dissociação dos tempos respiratórios, de forma a corrigir defeitos ventilatórios, melhorando a distribuição e a ventilação alveolar global); auto mobilização dos membros superiores.

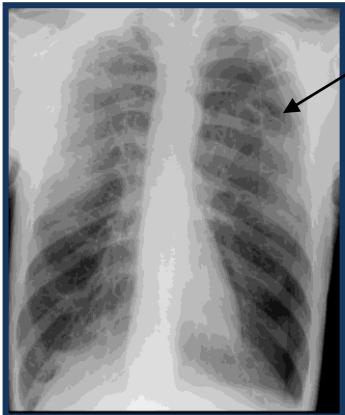
Exercícios de abertura costal seletiva realizados em decúbito lateral direito, de forma a reeducar a área pulmonar e promovendo a expansão pulmonar, e exercícios da articulação escapulo-umeral;

Exercícios de fortalecimento dos músculos respiratórios e correção dos defeitos posturais (utilização do bastão, movimentos ativos do tronco, reeducação diafragmática com flexão e extensão da articulação coxofemoral):

Terapêutica de posição (contrariar a posição antiálgica defeituosa);


Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
<p><u>Pré-operatório</u></p> <p>14 /10/2013</p> <p>Conhecimento sobre técnicas respiratórias em grau reduzido</p>	<p>Avaliar se o cliente tem condições para iniciar programa de Reeducação Funcional Respiratória.</p> <p>Coordenação dos movimentos respiratórios, melhoria da eficácia e prevenção d o consumo energético da respiração antes e após a cirurgia</p> <p>Preparar o cliente nos movimentos e atitudes a adotar no pós-operatório.</p> <p>Manter padrão respiratório eficaz após a cirurgia.</p> <p>Prevenir a diminuição da mobilidade torácica e padrões respiratórios substitutos nos pós- operatório.</p> <p>Prevenir o aparecimento de alterações posturais no pós-operatório</p>	<p>Avaliar Parâmetros vitais, dor e dispneia, auscultação pulmonar (AP) e radiografia ao tórax, assim como restantes meios de diagnósticos existentes</p> <p>Colocar o cliente numa posição de relaxamento;</p> <p>Instruir sobre técnicas respiratórias - [controlo e dissociação dos tempos respiratórios]</p> <p>Treinar técnicas respiratórias - [controlo e dissociação dos tempos respiratórios,]</p> <p>Instruir técnicas respiratórias – [Reeducação costal global]</p> <p>Instruir técnicas respiratórias – [Reeducação costal seletiva esquerda]</p> <p>Instruir a técnica da tosse – [dirigida e assistida - com contenção da sutura].</p>	<p>Cliente com capacidade para iniciar plano de RFR, com boa tolerância aos exercícios.</p> <p>Com murmúrio vesicular mantido, sem dor e sem dispneia</p> <p>Treinou todos os exercícios respiratórios com sucesso</p> <p>Dissocia corretamente os tempos respiratórios</p> <p>Realizou assistidamente todos os exercícios pedidos.</p>

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
15/10/2013 Conhecimento sobre exercícios motores no pós-operatório não demonstrado	Prevenção da imobilidade no pós-operatório Capacitação para o seu autocuidado no pós-operatório Minimização das complicações pós-operatórias associadas	Instruir sobre técnica de levante pós-operatório [Virar de lado, colocar pernas fora da cama, levante do tronco com o apoio da enfermeira] Treinar sobre técnica de levante pós-operatório [Virar de lado, colocar pernas fora da cama, levante do tronco com o apoio da enfermeira]	O cliente apresentava os conhecimentos inerentes à cirurgia a realizar. Treinou todos os exercícios motores com sucesso. Leu e compreendeu informação contida no folheto informativo “Cuidados a ter perante a intervenção cirúrgica”

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
<p>De 14 a 15/10/13</p> <p>Integridade tecidular alterada relacionada com incisão do dreno torácico</p>	<p>Manter a capacidade de mobilização do utente com o objetivo de minimizar complicações associadas ao pneumotórax</p>	<p>Verificar radiografia do Tórax.</p> <p>Auscultação pulmonar</p> <p>Monitorização dos parâmetros vitais</p> <p>Monitorizar [a] dor através de escala de dor e Gerir [a] analgesia</p> <p>Monitorizar quantidade de líquido drenado [características do volume e aspeto drenado; funcionamento do dreno torácico:]</p> <p>Ensinar, instruir e treinar técnicas respiratórias [Ventilação dirigida- respiração abdomino-diafragmática e Costal Superior]</p> <p>Ensinar, instruir e treinar técnicas respiratórias [costal superior e inferior seletivo á esquerda].</p> <p>Ensinar, instruir e treinar terapêutica de posição [decúbito lateral Dto. durante 15 minutos]</p>	<p>Auscultação pulmonar com mv mantido em ambos os hemitoraxes. Com presença de ruídos adventícios no lobo superior esquerdo (atrato plural)</p> <p>Manteve-se sem dor (0) toda a sessão de RFR</p> <p>Fc: entre os 50 a 79 bpm; tensão arterial variou entre os 100/ 90 e 120/ 70 mmhg.</p> <p>Eupneico em ar ambiente</p> <p>Apirético durante todo o internamento</p> <p>Apresenta dreno torácico na linha média posteró-ant à esquerda, em drenagem ativa a 5 Kpa, oscilante, borbulhante e de características serosas.</p> 

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Pós-operatório 16/10/13 Transferir-se: Dependente em grau reduzido	Encorajar para a mobilidade de forma precoce e autocuidado no pós-operatório	Treinar estratégias adaptativas para transferir-se [técnica correta para o levantar e transferência para o cadeirão] Instruir a utilização de ajudas técnicas [utilização do “burro” para levantar-se de forma autónoma] Incentivar a pessoa a transferir-se Assistir [a] pessoa na transferência para cadeira com ajuda técnica adaptada (burro) no serviço. Assistir [a] pessoa na transferência para cama.	Fez transferência para o cadeirão sozinho e de forma correta. Utiliza a ajuda técnica adaptada no levantar/deitar, evitando assim a presença de dor.

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
<p>14/10/2013 a 18/10/2013</p> <p>Integridade tecidular alterada relacionada com incisão do dreno torácico e procedimentos cirúrgicos</p>	<p>Manter a capacidade de mobilização do utente com o objetivo de minimizar complicações pós. Cirúrgicas</p> <p>Alívio da dor relacionada com o procedimento cirúrgico antes do início da sessão de RFR.</p>	<p>Verificar radiografia do Tórax.</p> <p>Auscultação pulmonar</p> <p>Monitorização dos parâmetros vitais</p> <p>Monitorizar [a] dor através de escala de dor e Gerir [a] analgesia</p> <p>Monitorizar ferida operatória</p> <p>Monitorizar quantidade de líquido drenado [características do volume e aspeto drenado; funcionamento do dreno torácico:]</p> <p>Ensinar, instruir e treinar técnicas respiratórias [Ventilação dirigida-respiração abdomino-diafragmática e Costal Superior]</p> <p>Ensinar, instruir e treinar técnicas respiratórias [costal superior e inferior seletivo á esquerda].</p>	<p>Auscultação pulmonar com mv mantido em ambos os hemitoraxes. Sem presença de ruídos adventícios.</p> <p>Fc: entre os 50 a 79 bpm; tensão arterial variou entre os 100/ 90 e 120/ 70 mmhg.</p> <p>Eupneico em ar ambiente</p> <p>Apirético durante todo o internamento.</p> <p>Apresentou variação de dor (entre 3 a 0) durante os vários dias da sessão, com regressão da mesma após sessão de RFR e gestão da analgesia.</p> <p>Apresenta ferida intradermica à esquerda por VATS, com boa evolução cicatricial.</p> <p>Apresenta dreno tóraco na linha média posteró-ant à esquerda, em drenagem ativa a 5 Kpa, oscilante, funcionante de características serosas.</p> <p>A 18/10/2013 – Por manter-se com dreno torácico pouco funcionante,pouco oscilante e de características serosas, é removido dreno.</p>

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
<p>21/10/2013</p> <p>Comportamento de Adesão Comprometido</p>	Comportamento de adesão adequado para o regresso a casa	<p><u>Planeamento para a alta:</u></p> <p>Auscultação pulmonar e observação da radiografia do Tórax.</p> <p>Sessão de RFR com treino e validação:</p> <p>Exercícios de abertura costal global com e sem bastão, para melhorar a expansão torácica e facilitar o processo de respiração;</p> <p>Exercícios de abertura costal seletiva, com especial incidência no hemitórax esquerdo para permitirem maior amplitude deste pulmão.</p> <p>Utilização de exercícios ativos do tórax (movimentos dos membros superiores, tronco e manutenção de uma respiração profunda).</p> <p>Encaminhamento para Hospital do Barlavento, para continuação de Reeducação Funcional Respiratória.</p> <p>Dar suportes informativos [folheto de orientações ao doente após cirurgia torácica “Guia para a alta”]</p>	<p>Auscultação pulmonar com mv mantido em ambos os hemitoraxes. Sem presença de ruidos adventícios.</p> <p>Eupneico sem necessidade de aporte de oxigénio so2 de 98%.</p> <p>Radiografia torácica sugestiva de total reexpansão pulmonar e sem aparente derrame plural ou outras alterações</p>  <p>Mantem-se autónomo em todas as atividades de vida.</p>

Tem alta clínica e de enfermagem a 21/10/2013. Sai sem complicações cirúrgicas associadas.

IV Curso Mestrado em enfermagem - Especialização em
Enfermagem de Reabilitação



Unidade curricular - Estágio Clínico I

Serviço de Cirurgia Torácica

Plano de Cuidados

Elaborado por:
Cristiana Furtado Firmino
Nº4774

Professora Orientadora:
M^a Fátima Marques Mendes

Enfermeira Orientadora:
Enf.^a Esp. Reabilitação Idalina Madeira

Lisboa, Outubro de 2013

COLHEITA DE DADOS

Identificação	<p><u>Nome:</u> A.S</p> <p><u>Idade:</u> 45A</p> <p><u>Género:</u> Feminino</p> <p><u>Estado civil:</u> Solteira</p>
Diagnóstico clínico	Sequelas de tuberculose pulmonar bilateral
Antecedentes pessoais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bronquite asmática ✓ Apendicectomia aos 22anos; ✓ Lombalgias de esforço; ✓ Tuberculose Pulmonar em 2007 e 2011. Fez anti bacilares durante 16 meses. ✓ Ex-toxicodependente desde há 2 anos (consumo de drogas inaladas desde os 16 anos). Fez programa de substituição com metadona. ✓ Fumadora, com várias tentativas de cessação tabágica. ✓ Obstipação (Faz supositórios glicerina)
Alergias	✓ Alérgica à Penicilina.
Medicação antes do internamento	<p>Ventilan (3 puffs em SOS);</p> <p>Naproxeno 500 mg (3 x dia)</p> <p>Sirdalud (2 x dia)</p>
Situação atual familiar, habitacional, social	<p>Agregado Familiar: Em comunidade, numa associação de acolhimento no Carregado “A.C”</p> <p>Cuidador Informal: Companheiro</p> <p>Pessoa significativa: Filho 13 anos, que vive com os padrinhos, dada a sua situação precária.</p> <p>Morada: Carregado</p> <p>Tipo de Habitação: Moradia Térrea</p> <p>Escolaridade: 4ª classe</p> <p>Profissão: Governanta na casa de acolhimento “S.C”</p> <p>Atividades Ocupacionais:</p> <p>Implicações da doença/internamento:</p> <p>Recursos Económicos e Sociais:</p>

Deambula? Se SIM, é com auxiliar e qual?	Sim, sem auxiliar de marcha
Outras dificuldades sentidas nas AVD	Auto cuidado: independente Alimentação: Independente Higiene: Independente Vestuário: Independente
Comunicação	Sem alterações
Hábitos de Sono e Repouso	Dorme bem (faz normalmente 6 a 7 horas de repouso noturno)
Hábitos Tabágicos Hábitos Etanólicos	Fumadora de cerca 10 cigarros dia. Não refere
Encaminhamento após alta	Para a casa de acolhimento.

Estado Nutricional	
Peso	42 Kg
Altura	157 Cm
Índice de Massa corporal	15,2 (baixo peso)
Hábitos Alimentares	5 Refeições dia
Dependência	Alimenta-se de forma autónoma

Eliminação	
Eliminação vesical	Alterações: Nada a referir Incontinência: nega Dependência: independente
Eliminação intestinal	Alterações: Obstipada Padrão intestinal: 3 em 3 dias Dependência: independente

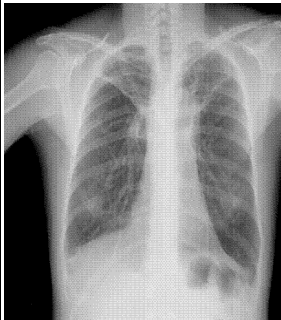
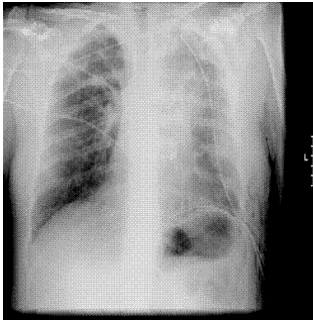

Exame Físico	
Pele e Mucosas	Pele íntegra, mucosas e pele hidratada. Sem arcada dentária superior
Pescoço	Sem alterações
Tórax	Simetria mantida
Abdómen	Sem alterações
Região Dorso Lombar	Sem alterações
Região Perineal	Sem alterações
Membros Superiores	Sem alterações
Membros Inferiores	Sem alterações

Avaliação de riscos			
Data	07/10	09/10	22/10
Risco de Queda (Escala de Morse)	23	23	23
Risco de Ulcera de Pressão (Escala de Braden)	0	0	0

HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL:

A Sr.^a A.S, enviada pela consulta pelo médico assistente para cirurgia programada, por sequelas de Tuberculose Pulmonar, já seguida no Centro Diagnóstico Pneumológico de Setúbal. Entra dia 07/10/2013, para cirurgia programada. No dia 09/10/2013 é submetida, por toracotomia, a ressecção do lobo superior esquerdo.

EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Data		10/10	14/10	22/10
Radiografia tórax				
Análises	Hg	12,7	11	13,3
	INR	1,5	1,4	1,4
	PCR	2,5	4,1	2
Gasimetria	PH	7,42	7,45	7,45
	PaO2	98	89	95
	PaCO2	29	28	33
Provas de Função Respiratória		CV 3.9 - FEV- 118% FEV1 – 29%

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA E PARÂMETROS VITAIS

RESPIRAÇÃO		AVALIAÇÃO							
		Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data
		09/10/13	10/10/13	14/10/13	15/10/13	16/10/13	17/10/13	18/10/13	22/10/13
Frequência	Ciclos/min	11	12	12	11	13	12	12	12
Ritmo	R=Regular; I=Irregular A=Apneias	R	R	R	R	R	R	R	R
Amplitude	N=Normal; D= Diminuída; A=Aumentada	N	N	N	N	N	N	N	N
Saturação O2	Com O2 l/min	-	-	-					
	Sem O2	97%	99%	99%	97%	98%	98%	99%	99%
Coloração de pele e mucosas	CL=cianose labial; CU= cianose ungueal CP=cianose periférica; R=rubor facial	~....
Dispneia	Escala Borg modificada	0	0	0	0	0	0	0	0
Tosse	S= seca; P=produtiva; E=eficaz; I= ineficaz	P;I	P:E	P:E	-	-	-	-	-
Expetoração	Características	-	-	MPurulentas	M.purulenta	Mucosa	Ausente	Ausente	Ausente
Lesões torácicas	C=Cicatrizes; DT=á direita; ESQ= á esquerda.	-	ESQ	ESQ	ESQ	ESQ	ESQ	ESQ	ESQ
Dor torácica	P=Presente; A=Ausente	A	A	A	P	P	P	A	A
Auscultação pulmonar	Murmúrio vesicular M=Mantido; D=Diminuído; A= Ausente	M	M	M	M	M	M	M	M
	Ruídos adventícios R=roncos; S=sibilos; F= fervores; FS= fervores sub- crepitantes	-	-	-	-	-	-	--	-

Parâmetros Vitais									
Data	09/10	10/10	14/10	15/10	16/10	17/10	18/10	21/10	22/10
Temperatura	37,2°C	36, 2°C	36,8°C	36,9°C	37,4°C	36, 4°C	36, 5°C	36, °C	37 °
Tensão Arterial	112/56 mmHg	118/70 mmHg	120/ 82 mmHg	133/ 73 mmHg	130/80 mmHg	138/ 70 mmHg	112/ 60 mmHg	128/ 60 mmHg	13/62 mmhg
Frequência cardíaca	109 cpm	89cpm	78cpm	98cpm	87cpm	100cpm	78cpm	89cpm	65cpm

ESCALA de BORG MODIFICADA

Intensidade		AVALIAÇÃO			
		DATA			
		15/10	18/10	21/10	22/10
<u>Nenhuma</u>	<u>0</u>		<u>x</u>	<u>x</u>	<u>X</u>
<u>Muito, muito leve</u>	<u>0,5</u>				
<u>Muito leve</u>	<u>1</u>	<u>X</u>			
<u>Leve</u>	<u>2</u>				
<u>Moderada</u>	<u>3</u>				
<u>Pouco Intensa</u>	<u>4</u>				
<u>Intensa</u>	<u>5</u>				
<u>Muito Intensa</u>	<u>7</u>				
<u>Máxima</u>	<u>10</u>				

PLANO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

A.S - 45 anos

DIAGNÓSTICO - Sequelas de tuberculose Pulmonar 2007

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA - Toracotomia a ressecção do lobo superior esquerdo A 9/10/2013.

ANTECEDENTES PESSOAIS - Bronquite asmática; Apendicectomia aos 22 anos; Lombalgias de esforço; Tuberculose Pulmonar em 2007 e 2011. Fez anti bacilares durante 16 meses. Ex-toxicodependente desde há 2 anos (consumo de drogas inaladas desde os 16 anos). Fez programa de substituição com metadona. Fumadora, com várias tentativas de cessação tabágica. Obstipação (Faz supositórios glicerina).

A Sra. A.S. foi, durante todo o internamento, uma utente participativa em todo o seu plano de RFR.

Fomos aumentando o tempo de repetição de exercícios e adaptando-os consoante o seu grau de resistência.

Após a remoção do dreno dia 18/ 10/2013 menos queixosa.

Realizou prova de marcha de 6 minutos no pré-operatório e para controlo no pós-operatório, para avaliação da sua capacidade funcional, e também por ser uma utente com cirurgia programada de ressecção segmentar, servindo, assim, como uma estratégia para uma preparação da alta e uma possibilidade de readaptação ao esforço nas suas atividades de vida diária.

Foi necessário ajustar estratégias comportamentais após a cirurgia, nomeadamente na sua participação do plano, pela dor sentida pela utente na região do hemitórax esquerda (linha média). Relativamente ao consumo de energia em determinadas atividades de vida, apenas há a referir que a prova de marcha foi sobreponível realizada no pré-operatório. Com indicação para manter programa de reeducação funcional respiratória pós-alta, pela necessidade de ser submetida a nova intervenção cirúrgica agora no pulmão direito.

O plano de RFR consistiu em:

Ensino da posição de relaxamento (pretende-se a colaboração do doente e reduzir a tensão muscular e psíquica, induzindo-o na consciência de todo o seu corpo);

Ensino da consciencialização da respiração e da dissociação dos tempos respiratórios (pretende-se que o doente tome consciência dos tempos respiratórios e a dissociação dos mesmos, ensinado a inspirar pelo nariz, e a expirar pela boca semicerrada);

Ensino dos exercícios de reeducação abdomino-diafragmática (pretende-se com este exercício promover a expansão pulmonar com ênfase nas bases), exigindo uma expansão pulmonar ampla e corrigindo as assinergias ventilatórias;

Exercícios de reeducação costal global, (promover a expansão pulmonar, com controlo e dissociação dos tempos respiratórios, de forma a corrigir defeitos ventilatórios, melhorando a distribuição e a ventilação alveolar global);

Exercícios de abertura costal seletiva realizados em decúbito lateral direito, de forma a reeducar a área pulmonar e promovendo a expansão pulmonar, e exercícios da articulação escapulo-umeral;

Exercícios de fortalecimento dos músculos respiratórios e correção dos defeitos posturais (utilização do bastão, movimentos ativos do tronco e correção postural com espelho quadriculado).

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
<p><u>Pré-operatório</u></p> <p>08/10/2013</p> <p>Conhecimento sobre técnicas respiratórias em grau reduzido</p>	<p>Avaliar se o utente tem condições para iniciar programa de Reeducação Funcional Respiratória.</p> <p>Coordenação dos movimentos respiratórios</p> <p>Melhorar a eficácia e diminuir o consumo energético da respiração;</p> <p>Preparar o doente nos movimentos e atitudes a adotar no pós-operatório.</p> <p>Manter padrão respiratório eficaz.</p> <p>Prevenção da perda de mobilidade torácica e do aparecimento de padrões respiratórios substitutos.</p>	<p>Avaliar Parâmetros vitais, dor e dispneia, auscultação pulmonar (AP) e radiografia ao tórax, assim como restantes meios de diagnósticos existentes.</p> <p>Colocar o utente numa posição de relaxamento.</p> <p>Instruir sobre técnicas respiratórias - [controlo e dissociação dos tempos respiratórios].</p> <p>Treinar técnicas respiratórias - [controlo e dissociação dos tempos respiratórios].</p> <p>Instruir técnicas respiratórias – [Reeducação costal global].</p> <p>Instruir técnicas respiratórias – [Reeducação costal seletiva esquerda].</p> <p>Instruir a técnica da tosse – [dirigida e assistida - com contenção da sutura].</p>	<p>Com capacidade para iniciar plano de RFR, com boa tolerância aos exercícios.</p> <p>Com murmúrio vesicular mantido, sem dor e sem dispneia.</p> <p>Treinou todos os exercícios respiratórios com sucesso.</p> <p>Dissocia corretamente os tempos respiratórios.</p> <p>Realizou assistidamente todos os exercícios pedidos.</p>

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
<p>Pré- operatório</p> <p>08/10/2013</p> <p>Risco de capacidade funcional comprometida, relacionada com cirurgia torácica</p>	Adaptação e motivação do utente a exercícios terapêuticos, para o seu máximo potencial de autocuidado, no pós-operatório.	<p>Instruir e Motivar [para] treino [da] mobilidade [dos] membros inferiores deambular no corredor, subir e descer lances de escadas].</p> <p>Treino de escadas com 19 degraus.</p> <p>Prova de marcha de 6 minutos.</p>	<p>Mobilização dos membros Sup/ Inferiores sem limitações.</p> <p>Com tolerância e saturação periférica de 98% e fc entre os 80 bpm e 100bpm. Sem dor, sem dispneia e sem alterações na mobilidade após a marcha.</p> <p>Percorreu cerca de 1240 metros, sem pausas.</p> <p>Realiza com motivação os exercícios.</p>

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
<p>08/10/2013</p> <p>Conhecimento sobre exercícios motores no pós-operatório não demonstrado</p>	<p>Prevenção da imobilidade.</p> <p>Capacitação para o seu autocuidado.</p> <p>Minimização das complicações pós-operatórias associadas.</p>	<p>Instruir sobre técnica de levante pós-operatório [Virar de lado, colocar pernas fora da cama, levantar do tronco com o apoio da enfermeira].</p> <p>Treinar sobre técnica de levante pós-operatório [Virar de lado, colocar pernas fora da cama, levantar do tronco com o apoio da enfermeira].</p>	<p>A Utente não apresentava os conhecimentos inerentes à cirurgia a realizar, pelo que ficou muito interessada em toda a informação fornecida.</p> <p>Treinou todos os exercícios motores com sucesso.</p> <p>Leu e compreendeu informação contida no folheto informativo “Cuidados a ter perante a intervenção cirúrgica”.</p>

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Pós-operatório 10/10/13 Transferir-se: Dependente em grau reduzido	Encorajar para a mobilidade de forma precoce e autocuidado.	Treinar estratégias adaptativas para transferir-se [técnica correta para o levantar e transferência para o cadeirão]. Instruir a utilização de ajudas técnicas [utilização do “burro” para levantar-se de forma autónoma]. Incentivar a pessoa a transferir-se. Assistir [a] pessoa na transferência para cadeira com ajuda técnica adaptada no serviço. Assistir [a] pessoa na transferência para cama.	Lembrou-se dos exercícios treinados no pré-operatório e ergueu-se com ajuda parcial e sem complicações. Faz transferência para o cadeirão sozinha e de forma correta.

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
<p>10/10/13 a 19/10/13</p> <p>Integridade tecidual alterada relacionada com incisão do dreno torácico e procedimentos cirúrgicos</p>	<p>Manter a capacidade de mobilização do utente com o objetivo de minimizar complicações pós-cirúrgicas.</p> <p>Aliviar a dor relacionada com o procedimento cirúrgico.</p>	<p>Verificar radiografia do Tórax.</p> <p>Auscultação pulmonar.</p> <p>Monitorização dos parâmetros vitais.</p> <p>Monitorizar [a] dor através de escala de dor e Gerir [a] analgesia.</p> <p>Monitorizar ferida operatória [tipo de ferida operatória].</p> <p>Monitorizar quantidade de líquido drenado [características do volume e aspeto drenado; funcionamento do dreno torácico].</p> <p>Ensinar, instruir e treinar técnicas respiratórias [Ventilação dirigida-respiração abdomino-diafragmática e Costal Superior].</p> <p>Ensinar, instruir e treinar técnicas respiratórias [costal superior e inferior seletivo à esquerda].</p>	<p>Auscultação pulmonar com mv mantido em ambos os hemitoraxes, com diminuição do 1/3 sup à esq.</p> <p>Apresentou variação de dor durante os vários dias da sessão, com regressão da mesma após sessão de RFR.</p> <p>Apresenta ferida intradérmica por VATS, com boa evolução cicatrícia.</p> <p>Apresenta dreno torácico na linha média posteró-ant à esquerda, em drenagem ativa a 5 Kpa, oscilante, funcionante de características sero-hemáticas.</p> <p>A 14/10/13- por apresentar-se borbulhante e com enfisema sub-cutâneo peri-dreno readapta-se sessão RFR.</p>

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
<p>14/10/13 a 17/10/13</p> <p>Integridade tecidular alterada relacionada com procedimento cirúrgico e manifestada por enfisema subcutâneo</p>	<p>Minimização das complicações respiratórias e pós-cirúrgicas.</p> <p>Alívio da dor no final da sessão.</p>	<p>Monitorizar [a] dor através de escala de dor.</p> <p>Gerir [a] analgesia.</p> <p>Monitorizar parâmetros vitais.</p> <p>Auscultação pulmonar e observação da radiografia do tórax.</p> <p>Monitorizar ferida operatória [tipo de ferida operatória].</p> <p>Monitorizar quantidade de líquido drenado [características do volume e aspeto drenado; funcionamento do dreno torácico:].</p> <p>Executar técnicas de relaxamento</p> <p>Instruir e treinar técnicas respiratórias em decúbito [Controlo e dissociação dos tempos respiratórios]</p> <p>Instruir e treinar técnicas respiratórias em decúbito dorsal [Ventilação dirigida-respiração abdomino-diafragmática e Costal Superior].</p>	<p>Apresenta dor:3 que vai regredindo com sessão de RFR. Fica com dor:0, no final da sessão</p> <p>Respiração toraco-abdominal de média amplitude e simétrica.</p> <p>Auscultação pulmonar com mv mantido em ambos os hemitoraxes, com diminuição do 1/3 sup à esq com atritos pulmonares.</p> <p>Mantem dreno torácico na linha média posteró-ant à esquerda, em drenagem ativa a 5 Kpa, oscilante, funcionante de características sero-hemáticas e borbulhante.</p> <p>Enfisema Subcutâneo peridreno sem evolução.</p>

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
<p>18/10/ 13 a 21/10/13</p> <p>Ansiedade, relacionada com complicações pós-cirúrgicas, manifestada por agitação e nervosismo</p>	<p>Readaptação do plano RFR, para minimizar o aparecimento de outras complicações pós-cirúrgicas.</p> <p>Manter a colaboração da utente no seu plano de RFR, até ao momento da alta.</p>	<p>Monitorizar [a] dor através de escala de dor e Gerir [a] analgesia.</p> <p>Monitorizar parâmetros vitais.</p> <p>Auscultação pulmonar e observação da radiografia do tórax.</p> <p>Monitorizar ferida operatória [tipo de ferida operatória].</p> <p>Monitorizar quantidade de líquido drenado [características do volume e aspeto drenado; funcionamento do dreno torácico:]</p> <p>Executar técnicas de relaxamento.</p> <p>Instruir e treinar técnicas respiratórias em decúbito dorsal [Controlo e dissociação dos tempos</p>	<p>21/10/13</p> <p>Sem dor e sem dispneia em toda a sessão de RFR.</p> <p>Auscultação pulmonar com mv mantido em ambos os hemitoraxes, e sem presença de ruídos adventícios.</p> <p>Enfisema subcutaneo melhorado e em regressão.</p> <p>Drenagem toracica pouco oscilante e sem borbulhar.</p>

		<p>respiratórios].</p> <p>Instruir e treinar técnicas respiratórias em decúbito dorsal [Ventilação dirigida- respiration abdomino-diafragmática e Costal Superior].</p> <p>Instruir e treinar técnicas respiratórias em decúbito lateral dtol [seletiva esquerda , antero-lateral esq; postero-lateral esq).</p>	<p>Final da sessão: com condições para remoção da drenagem torácica.</p> <p>Bastante satisfeita pela situação e possível alta.</p> <p>Melhoria da amplitude e ventilação pulmonar</p>
--	--	---	---

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
<p>21 e 22-10-13</p> <p>Comportamento de Adesão Comprometido</p>	Comportamento de adesão adequado para o regresso a casa	<p><u>Planeamento para a alta:</u></p> <p>Auscultação pulmonar e observação da radiografia do Tórax.</p> <p>Sessão de RFR:</p> <p>Exercícios de abertura costal global com e sem bastão, para melhorar a expansão torácica e facilitar o processo de respiração;</p> <p>Exercícios de abertura costal seletiva, com especial incidência no hemitórax esquerdo para permitirem maior amplitude deste pulmão</p> <p>Exercícios de correção postural, de forma a evitar a inclinação lateral esquerda e restrições à expansão pulmonar.</p> <p>Ensinar sobre hábitos de exercício [Andar a pé, aumentando progressivamente o tempo de marcha, de acordo com a sua tolerância, pode subir e descer escadas].</p> <p>[necessidade de ajustar tarefas para a manutenção do seu autocuidado]</p> <p>[necessidade de manutenção de plano de RFR, para gestão da doença]</p> <p>[importância da vacina da gripe como método preventivo e de minimização de complicações respiratórias].</p> <p>Necessidade de continuação com o processo de RFR.</p>	<p>Realiza prova de marcha de 6 minutos, com resultados sobreponíveis. No final da sessão apresenta dispneia de grau 0 e dor de grau 0.</p> <p>Refere que vai pedir auxílio durante a fase de adaptação no regresso a casa aso seus companheiros da instituição, assim como estratégias adaptativas necessárias na gestão do seu autocuidado.</p> <p>Vai repensar sobre a recusa de vacinação.</p> <p>Vai realizar RFR no hospital de Santarém.</p> <p>Protocolo do serviço</p>

		Dar suportes informativos [folheto de orientações ao doente após cirurgia torácica "Guia para a alta"]	aquando a alta hospitalar do utente.
--	--	--	--------------------------------------

Tem alta clinica e de enfermagem a 22/10/2013. Sai sem complicações cirúrgicas associadas.

Apêndice IV – Serviço Cirurgia Torácica: Formação em Inaloterapia

IV a.) Sessão de Formação

IV b.) Avaliação da Formação

IV c.) Tabela de Resultados

Intervenções de Enfermagem para a Otimização da Terapêutica Inalatória

Orientadores:

Prof.ª Mª Fátima Marques (ESEL)
Enf.ª Idalina Madeira (Cirurgia Torácica)

Elaborado por:

Cristiana Firmino

Objetivos da Sessão de Formação:

Geral:

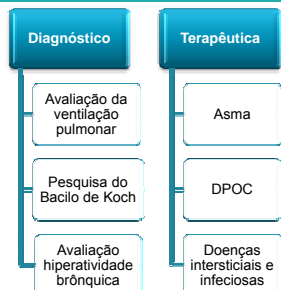
- Sensibilizar os enfermeiros para a uniformização dos procedimentos na administração de terapêutica inalatória.

Específicos:

- Identificar as intervenções de enfermagem;
- Promover uniformização de procedimentos;
- Refletir sobre a prática.

Conceito

A terapêutica inalatória é um dos métodos utilizados para administração de fármacos, através das vias respiratórias, com a finalidade :



Cordeiro e Menoita (2012)

Vantagens e Desvantagens

VANTAGENS:

(+) Concentração fármaco nas vias aéreas inferiores em doses reduzidas

Maior efeito terapêutico e redução dos efeitos adversos

(-) Quantidade de fármaco absorvida para a corrente sanguínea.

DESVANTAGENS:

- Défice na deposição pulmonar do fármaco
- Formulação para inalação inadequada
- Utilização dos dispositivos incorreta
- Má adesão à terapêutica

Administração da Terapêutica Via Inalatória



Inaladores pressurizados doseáveis ou de dose controlada (MDI)



Inaladores de pó seco (unidose/multidose) (DPI)

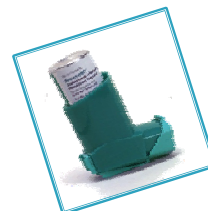


Nebulizadores



Inalador pressurizado doseável (MDI)

Constituído pelo fármaco e por um gás, que permite a administração do fármaco em forma de aerossol para a via aérea traqueobrônquica.



Exemplos:

- (Salbutamol, Salmeterol); → Broncodilatadores ação rápida
- (Brometo de ipatrópio) → Broncodilatador de ação prolongada
- (Beclometasona, Budesonida, Fluticasona); → Corticosteroide



Câmara Expansora

Câmara Expansora

- Reduz a velocidade do propulsor
- Melhor coordenação na respiração
- Mais fármaco distribuído nas vias aéreas inferiores

NOTA:

- A válvula Flow-Vu só se move se o bucal ou a máscara estiverem bem adaptados;
- Se surgir um som do tipo assobio, significa que está a inalar muito rápido.

Cuidados de enfermagem

Testar a pulverização



Agitar o inalador



Aquecer o inalador



Dispositivo na vertical

Solicitar ao cliente para:

- ❖ Expirar com os lábios semicerrados;
- ❖ Máscara bem adaptada;
- ❖ Pressionar o inalador para administrar o fármaco;
- ❖ Inspirar durante 3 a 5 segundos, de forma lenta e profunda;
- ❖ Suster a respiração durante cerca de 10 segundos;
- ❖ Lavar a cavidade bucal se forem inalados corticóides.

Cuidados de enfermagem

ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO:



S. A. B.

Mais de um Puff prescrito, esperar 30 seg.

Agitar **sempre** o recipiente entre cada troca de inalador

Após cada utilização, realizar higiene oral (corticóides)

Lavar o bucal do inalador

Inalador de pó seco

➤ Dispositivo portátil que contém no seu reservatório o fármaco em pó;

➤ Necessário a realização de um esforço inspiratório, para que o fármaco atinja as vias aéreas inferiores.

➤ Resistência interna (esforço inspiratório deve ser superior a essa resistência para o ativar).

- Quanto maior for a resistência interna do inalador, maior o esforço que o doente tem de realizar, de forma a gerar um **pico inspiratório de fluxo suficiente**.



Erros mais frequentes

- 2% não tiravam a tampa
- 10% colocavam o inalador ao contrário
- 32% não agitavam a embalagem
- 36% interrompiam a inalação ao sentir o aerossol na faringe (efeito “cold freon”)
- 50% falhavam na sincronização inalação e ativação (descoordenação mão-pulmão)
- 50% não inalavam lenta e profundamente
- 50% não efetuavam a pausa inspiratória

Brand et al, 2008

Nebulizadores

- Utilizado em pessoas que são incapazes de coordenar o uso do inalador tradicional;
- Ar comprimido mais eficaz ;
- Com ensinos validados, podem ser realizados pelo utente no seu domicílio.
- Cada vez menos utilizado em meio hospitalar

Nebulizador: Cuidados de enfermagem

Preparar o material

- Câmara do nebulizador;
- Máscara ou peça bucal;
- Tubuladura;
- Fármaco prescrito;
- Soro fisiológico
- Luvas limpas.



- Diluir o fármaco até aos 5ml (2,5ml fármaco + 2,5ml de SF);
- Adaptar a tubuladura ao nebulizador;
- Manter a câmara de nebulização na vertical;
- Adaptar a máscara ao topo da câmara,
- Cliente sentado numa posição confortável

Nebulizador: Cuidados de enfermagem

- Ligar (4 a 8 l/min.) e esperar que comece a sair um fluxo de névoa;
- Colocar a máscara no rosto do cliente e ajustá-la;
- Respirar lenta e profundamente pela boca;
- Quando se deixar de ver névoa a sair do nebulizador significa que o tratamento terminou;
- Máximo de tempo preconizado (entre 5 e os 10 m)
- Remover a máscara;
- Desligar e desconectar da fonte de alimentação.



Higienização e Assepsia da câmara

- Desmontar todas as peças possíveis;
- 1 vez por semana: colocá-las em recipiente com água quente e detergente neutro, durante 15 minutos;
- Passá-las por água limpa e deixar secar ao ar ambiente, ou com pano sem deixar resíduos.
- Guardar em caixa ou saco próprio;
- As câmaras expansoras de longa duração podem ser usadas pelo mesmo doente por período prolongado (até 1 ano).



Resumindo...

- Otimizando a terapêutica inalatória;



Referências Bibliográficas

- Barreto, C. (2000). Normas de Terapêutica Inalatória. Revista Portuguesa de Pneumologia, vol. 6, nº5, p. 395-434.
- Cordeiro, M.; Menoita, E. (2012). Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência.
- Brand, P et al (2008). Higher lung deposition with Respimat® Soft Mist™ Inhaler than HFA-MDI in COPD patients with poor technique [consult. 03 novembro 2013 2013], disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2650591/>.
- Gomes, M; Sotto-Mayor, R.(2000). Curso interactivo de pneumologia. Lisboa, Editora AstraZeneca,
- Smith, N et al(2011). Inhalers: Use of Metered Dose Inhalers and Dry Powder Inhalers. CINAHL Nursing Guide, [consult. 02 novembro 2013], disponível em <http://web.ebscohost.com/hrc/pdf?vid=7&hid=15&sid=822624a4-b335-4ad1-bed6-a0804daa17a6%40sessionmgr4&data=JnNpdGU9bnJlLWxpdmU%3d#db=nrc&AN=5000004883>;
- Smith, N.(2011) .Inhalers: Use of a Nebulizer. CINAHL Nursing Guide. [consult.02 novembro 2013], disponível em <http://web.ebscohost.com/hrc/pdf?vid=7&hid=15&sid=822624a4-b335-4ad1-bed6-a0804daa17a6%40sessionmgr4>;
- Inalador Pressurizado + Câmara Expansora para adulto , disponível: <http://www.youtube.com/watch?v=evM-v-q19nQ>; [consult.11 novembro 2013].
- How to use your Inhaler and Aerochamber . Disponível: <http://www.youtube.com/watch?v=VZLqldgewLg> [consult.11 novembro 2013].

Obrigado pela vossa presença !



Check-list de procedimentos: Refresh sobre otimização da terapêutica inalatória

(Para as questões 1. e 2., apenas uma das respostas está correta)

1 - Na utilização dos MDI deve-se:

- a. Agitar, aquecer, adaptar.
- b. Agitar, adaptar.
- c. Ativar, inspirar lentamente.
- d. Todas certas.
- e. A e C corretas.

2 – A higienização das camaras expansoras:

- a. Devem ser feitas semanalmente.
- b. Uma vez ao ano.
- c. Todos os dias com pano húmido e secar ao ambiente.
- d. Sempre que necessário, com água quente e detergente durante 15 minutos.
- e. Apenas quando existe partículas brancas na câmara.

3 – Refira a técnica correta de administração de inalador por camara expansora.

4 - Mencione qual a ordem correta de administração de inaladores em situação de exacerbação respiratória e qual a sua finalidade.

5 - Como avalia esta Formação? Qual a sua importância?

- a. Sem relevância
- b. Relevante
- c. Muito relevante

Obrigado pela sua participação.

Check list de procedimentos

Refresh sobre otimização da terapêutica inalatória

1 - Na utilização dos MDI deve-se:

- a. Agitar, aquecer, adaptar
- b. Agitar, adaptar
- c. Ativar, inspirar lentamente
- d. Todas certas

0	0%
0	0%
2	33%
0	0%
4	67%
6	100%

e. A e C corretas

2 - A higienização das câmaras expansoras:

- a. Devem ser feitas semanalmente
- b. Uma vez ao ano
- c. Todos os dias com pano húmido e secar ao ambiente

2	33%
0	0%
0	0%
4	67%
0	0%
6	100%

d. Sempre que necessário, com água quente e detergente durante 15 minutos

- e. Apenas quando existe partículas brancas na câmara

3 - Refira a técnica correta de administração de inalador por câmara expansora.

* Agitar, aquecer, adaptar, inalação profunda lentamente, pausa e posteriormente expirar.

100% respostas corretas. Todos mencionaram a técnica correta.

4 - Mencione qual a ordem correta de administração de inaladores em situação de exacerbação respiratória e qual a sua finalidade.

* Depende da situação, mas a mais correta é: o Salbutamol (broncodilatador de ação rápida); Budesonide (broncodilatador de ação prolongada); e por fim, caso seja necessário, a Beclometasona (corticóide).

(SAB)

100% respostas corretas. Todos mencionaram a forma correta de administração.

5 - Como avalia esta Formação?

Qual a importância desta Formação?

- a. Sem relevância
- b. Relevante
- c. Muito relevante

0	0%
5	83%
1	17%
6	

**Apêndice V -
Reflexões realizadas no EC do Serviço de Cirurgia Torácica**

EXPERIÊNCIA NO INTRAOPERATÓRIO

Na primeira semana de estágio clínico tive a oportunidade de acompanhar um dos utentes atribuídos à minha orientadora. Com ele colaborei desde o momento de pré-operatório (com continuidade do seu acompanhamento no pós-operatório) até ao bloco operatório e consequentemente observar a cirurgia torácica (ressecção de nódulo pulmonar no Lobo Superior Direito, por toroscopia).

Na fase inicial, foi com espanto que constatei o facto de existir uma enfermeira anestesista com especialidade em reabilitação no bloco operatório. Pensei: o que faz uma enfermeira de reabilitação num bloco operatório, que é uma unidade cirúrgica, fechada e isolada do exterior, com um doente que vai estar o tempo todo anestesiado e a dormir? É muito provável que, pela minha expressão facial, ela própria tenha percebido a minha admiração em encontrar uma enfermeira desta especialidade num bloco operatório. Explicou-me, então, todo o processo cirúrgico com o olhar da enfermagem de reabilitação. Esta ida ao bloco foi uma experiência positiva, uma vez que me permitiu a aquisição de conhecimentos que, normalmente, não fazem parte da minha realidade como enfermeira. Desde a utilização do anestésico para a indução da anestesia, a necessidade de relaxamento do músculo diafragmático e complicações cirúrgicas que podem ocorrer, os parâmetros ventilatórios aplicados ao ventilador na cirurgia torácica (que alteram consoante a própria cirurgia torácica a que o doente vai ser submetido), utilização de tubos endotraqueais próprios (que permitem realizar a exclusão pulmonar), o olhar ao posicionamento do doente na mesa operatória, até à localização do dreno torácico. Toda esta visão da cirurgia permitiu-me compreender melhor de que forma poderemos interagir com a pessoa, a causa da dor pós-cirúrgica, a importância da prevenção das posições viciosas e limitações pela presença do dreno e a recuperação da mobilidade articular.

Terminada a cirurgia, estive presente no despertar do doente, explicando o que possivelmente pode acontecer e sentir após a sua intervenção cirúrgica.

Tinha, assim, explicada de forma correta toda a informação que eu, iniciada na enfermagem de reabilitação, já lhe tinha facultado anteriormente. A preparação operatória serviu para que a pessoa estivesse consciente e preparada para a sua intervenção cirúrgica.

Dado que os meus conhecimentos na área peri-operatória na cirurgia torácica são dos menos aprofundados, senti necessidade de os aprofundar, através de pesquisa bibliográfica relativa aos conhecimentos nesta área, manter uma postura de aprendizagem e iniciativa e esclarecer dúvidas com a EEER depois da minha ida ao bloco operatório.

O contacto com esta realidade deu-me a oportunidade de interiorizar que tipos de cuidados de enfermagem pós-cirúrgicos de reabilitação deverão ser realizados a este doente, tendo em conta fatores que a possam condicionar e as complicações cirúrgicas que poderá apresentar. Eu nunca imaginaria que ao acompanhar o doente no procedimento cirúrgico, influenciaria o meu processo de aprendizagem, assim como o meu planeamento de cuidados de reabilitação. Caso acontecesse uma nova oportunidade, uma nova experiência nesta área de intraoperatório, provavelmente o meu comportamento já seria diferente pela experiência já vivida.

INICIADA NA ARTE DE REABILITAR

Primeiras semanas de estágio clínico de reabilitação. Senti-me abalada por medos, incertezas, falhas técnicas, vontade de desistir. Parecia que, de repente, todo o conhecimento adquirido se tinha evaporado. Não me interessava, de todo, permanecer numa tão indesejável situação, pelo que decidi, a partir daquele dia, dar tudo por tudo para conseguir corresponder ao meu objetivo: Ser uma enfermeira especialista em reabilitação. Nesse sentido, fiz aquilo que já deveria ter feito antes: relembrar todos os conceitos e técnicas, assim como mobilizar o conhecimento já aprendido. Por situações do foro pessoal e familiar não tive a possibilidade de me sustentar teoricamente e preparar-me para esta nova etapa académica e profissional.

O que tive de fazer? Esforçar-me mais, trabalhando para conseguir exercitar toda esta mobilização de conhecimento, transferindo-o para este meu novo quotidiano. Numa primeira instância, fui desenvolvendo estas competências na observação e identificação dos cuidados de enfermagem de reabilitação através da Sra. Enfermeira Idalina. Isso foi um contributo essencial para a melhoria da minha aprendizagem, no que diz respeito às minhas dificuldades e à forma de as poder colmatar, assim como os meus “ganhos” adquiridos. Depois, as dificuldades com que somos confrontados diariamente foram sendo colmatadas através do estudo e, também, através da capacidade de adaptação (sim, porque é muito diferente o meu papel como enfermeira quer no meu contexto profissional, com em contexto de estágio), porque no contexto profissional já sou uma enfermeira competente ou até perita na área. Em contexto de estágio clínico, apenas uma iniciada na enfermagem de reabilitação. Há uma necessidade de mudança de papéis e uma nova adaptação a esta situação.

Adquiri novos conhecimentos e refleti sobre várias situações em que não tinha pensado anteriormente, facto que promoveu uma melhoria na minha qualidade de prestação de cuidados ainda como enfermeira generalista. Atualmente, já mais segura tanto no planeamento dos cuidados de enfermagem de

reabilitação, como na sua prática, mantenho, contudo, a perfeita noção do trabalho que ainda tenho pela frente, dada a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos e de desenvolver um conjunto de competências para que o meu objetivo principal seja cumprido.

Desta forma, tenho em mente dar uma maior visibilidade ao trabalho desenvolvido, melhorando a minha prática de cuidados e a qualidade dos mesmos, tornando-me, assim, mais autónoma nas minhas decisões no que diz respeito aos utentes que me vão sendo atribuídos para o processo da sua reabilitação, através da ponte do conhecimento académico/prática. Se tivesse que iniciar agora o estágio clínico, a preparação era uma situação prioritária como compromisso para um início de estágio saudável.

VIVÊNCIAS NA ARTE DE REABILITAR

Neste estágio clínico foram muitas as oportunidades que tive para conseguir pôr em prática os cuidados especializados de reabilitação, sobre os quais tantas vezes li e ouvi falar.

Uma dessas oportunidades foi conseguir que um cliente conseguisse expelir as secreções sem ter de recorrer a um aspirador das mesmas. O meu contentamento foi tal, que o mesmo acabou por me dizer: “Olhe, é a primeira vez que alguém fica feliz por eu cuspir”. Falei com ele e disse-lhe que nada disso teria resultado se ele não tivesse colaborado. Ficou muito espantado com a minha resposta. Então, expliquei-lhe que, se ele não tivesse bebido água quando o sugeri, se não tivesse respirado e tossido como treinamos, provavelmente o resultado final não teria sido tão compensador, e que teria de passar novamente pelo uso do aspirador para remover as ditas secreções.

Apesar de não ter sido um dos “utentes” que me estavam atribuídos para cuidados de reabilitação no estágio, o certo é que era a mim que chamava quando estava muito aflito para expelir as secreções. A experiência que a prática nos confere é, sem qualquer dúvida, detentora de algum saber. Ainda que seja a teoria a oferecer-nos aquilo que pode ser explicado e formalizado, é a prática, sempre mais complexa, que nos apresenta muito mais realidades do que aquelas que se podem apreender pela teoria. É uma questão de *Humanitude*, que segundo Simões, Rodrigo e Salgueiro, 2011, p.213) é a “contribuição de todos os homens, de outrora ou de hoje, para cada homem”. Os seres humanos ao voltarem-se para o outro, a fim de o compreender e interagir com ele, estão a dar consistência ao conceito de *Humanitude* que apresenta este interesse de nos mostrar como comportamentos e ações simples vão ao encontro do ser no que ele tem de mais essencialmente humano, advindo-lhe a sua eficácia da correspondência com o seu próprio desenvolvimento.

Desta forma, necessito de consolidar experiência na arte de reabilitar para poder criar um ambiente propício para o estabelecimento de uma relação terapêutica e, também, ter a capacidade e a subtileza de tentar descobrir a disposição do cliente para enfrentar e lutar pela sua reabilitação.

Referências Bibliográficas:

Simões, M; Rodrigues, M; Salgueiro, N. (2011). Humanidade: Ligação interpessoal de relação e cuidado. *Revista Portuguesa de Bioética*, 14 p.213-225.

AS ORIENTAÇÕES TUTORIAS NA ESCOLA

Para que servem este tipo de orientações e em que medida é que nos ajudam a evoluir como profissionais de enfermagem? Foi esta a minha questão de partida para esta reflexão. Isto porque, uma vez mais, lá tivemos que ir para a escola gastar um dia precioso. Precioso para quem tem tanto que fazer e, quase sempre, tão pouco tempo para o fazer. Vou tirar partido de quê? Vai servir para quê? Qual vai ser o resultado? À parte o sentimento de alegria por voltar a encontrar a minha turma, fiquei expectante sobre o que iria acontecer.

Debate, partilha de experiências agradáveis e menos agradáveis, a rivalidade sentida com os fisioterapeutas sobre a usurpação do seu espaço de trabalho em relação à nossa especialidade, os medos, os receios e as inseguranças que a todos nos assolaram no início deste estágio, e que se foram dissipando no tempo. Ótimo, estamos todos em consonância nestes sentimentos. No que me diz diretamente respeito, também estou praticamente em consonância com todos estes pontos, excetuando um: é que, no meu caso, tive a sorte de não ter vivido esse sentimento de rivalidade no meu local de estágio e de ter sido muito bem recebida pelas mesmas. Seguindo...

A formação profissional dos enfermeiros decorre num campo vastíssimo, onde o formal, o não formal e o informal se articulam. Tal como refere Canário (1994: 26), “a otimização do potencial formativo das situações de trabalho passa em termos de formação, pela criação de dispositivos de dinâmicas formativas que propiciem, no ambiente de trabalho, as condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens a partir de processos auto formativos”. Mas, a experiência desempenha um papel decisivo no percurso de formação de cada um, pelo que a sua partilha é benéfica e formativa. A troca de experiências e de conhecimentos entre os profissionais é fundamental, não só para a socialização dos mesmos, mas também para a sua aprendizagem.

Para a próxima orientação, que vai decorrer na escola, a minha abertura de espírito já vai ser outra, aproveitando as experiências que os outros colegas me irão transmitir, e que certamente me irão auxiliar na concretização dos objetivos que me propus atingir para cada estágio.

Referências Bibliográficas

Canário, R. et al (1994). Mediatecas escolares. Génese e desenvolvimento de uma inovação. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

AS SESSÕES CLÍNICAS SEMANAIS

Todas as sextas feiras, são realizadas no turno da manhã as sessões clínicas para programação de cirurgias a realizar na semana a seguir, assim como discussão dos clientes que estão internados neste serviço. Estão presentes: os médicos pneumologistas, cirurgiões torácicos, o enfermeiro chefe e de reabilitação e os fisioterapeutas do serviço. O debate clínico interdisciplinar é um dos meios propícios à formação e mudança, onde as situações clínicas dos clientes são discutidas pelos diferentes intervenientes que participam tanto no diagnóstico e tratamento, como no cuidar dos mesmos.

Atualmente confere-se um novo sentido à reflexão no cuidar, numa abordagem coletiva e interdisciplinar centrado na pessoa. O reconhecimento do trabalho exercido pelos enfermeiros de reabilitação favoreceu, uma vez mais, a escolha desta especialidade e foi determinante também para o meu empenho e investimento.

Esta partilha de conhecimentos com a equipa de enfermagem e com a equipa médica proporcionou-me momentos de análise e reflexão das práticas vivenciadas, ao mesmo tempo que me instruiu em áreas que sentia relativamente atenuadas, o que colaborou para complementar a minha autoformação. Assistir a estas visitas médicas foi bastante gratificante para mim, uma vez que são lá abordadas as diversas situações clínicas dos clientes internados e os internamentos que vão ser programados, discutindo-se a sintomatologia e relacionando-a com a fisiopatologia, bem como a pertinência dos exames complementares de diagnóstico.

Isto configurou-se como mais um momento de aprendizagem na interpretação das radiografias do tórax, TAC, PET, relacionados com os achados analíticos e com os dados epidemiológicos no contexto da patologia respiratória.

AUTONOMIA ALUNA ESPECIALIDADE X ENFERMEIRA

Um dia, dei por mim a pensar como poderia ser possível ter mais autonomia profissional, enquanto aluna de especialidade de reabilitação, no serviço onde estou a estagiar do que no serviço onde exerço funções como enfermeira já há quase sete anos. Como é possível tal acontecer? Passo a descrever uma simples situação: levante precoce dos clientes. Neste serviço, levantam-se os clientes de forma precoce, sem ser necessário a prescrição médica para tal, situação impensável no meu contexto. Comentar este facto com a minha orientadora de estágio fez-me refletir sobre a situação e começar a tentar mudar procedimentos no meu atual serviço. Uma vez mais, tive a necessidade de me documentar com evidência científica sobre o facto do levante precoce, consoante a patologia associada ao cliente. Procurei esclarecer questões sobre o benefício que este cuidado poderia trazer aos clientes, não só de cirurgia torácica mas, também, aos outros clientes que nada justificava permanecerem tanto tempo no leito. Comecei a realizar, eu própria, os levantes aos meus clientes, não esperando pela prescrição médica para o efeito. Várias foram as sensações geradas, de agrado para uns, de desagrado para outros, mas que foram sendo contornadas com a melhoria dos clientes, tanto a nível da parte motora, como respiratória, dando ênfase ao trabalho positivo que estava a ser feito. Mas, os dois tópicos que mais ressalvo nesta experiência são: primeiro, o voto de confiança obtido por parte da maioria dos colegas e médicos no trabalho que desenvolvo, o que me dá uma grande satisfação e confiança para continuar, e, depois, que a especialidade de reabilitação pode realmente melhorar a qualidade dos cuidados que temos com os nossos clientes.

“Sempre parece impossível até que seja feito”.

Nelson Mandela

SESSÃO DE FORMAÇÃO

A sessão de formação em serviço sobre **Intervenções de Enfermagem para a Otimização da Inaloterapia** foi desenvolvida no dia 18 de Novembro de 2013, entre as 14h e as 15h, no HPV – Serviço de Cirurgia Torácica, e abordou duas dimensões que se entrecruzaram: uma centrada no desenvolvimento pessoal de competências, com vista a uma prática diferenciada de enfermeiro especialista de reabilitação (EER); outra que procurou canalizar essas experiências no processo de mudança de procedimentos na equipa de enfermagem.

A escolha do tema teve como objetivo a otimização desses mesmos cuidados. A realização de uma formação em serviço assumiu-se como uma estratégia e um espaço para “refletir sobre saberes e técnicas e partilhar experiências, preocupações” (Forte, 2005;p.49) e resultados que possam perspetivar novos rumos para os cuidados de enfermagem. O desenvolvimento de competências centra-se, assim, entre enfermeiro e cliente, sendo esta fundamental para o processo de cuidados. Só assim é possível equacionar os saberes dos intervenientes, refletindo sobre aquilo que se faz, o que se pretende, o que se poderia ter feito e o que se poderá fazer.

Esta reflexão deu-se entre os diversos elementos da equipa de enfermagem, promovendo o debate sobre a sua utilidade prática e o reforço de cuidados de qualidade. Desde o início da minha vida profissional que tenho procurado a excelência na prestação de cuidados. Para o efeito, depois de diagnosticar as minhas necessidades de formação, estabeleço metas e objetivos a atingir e avalio se foram eficazes ou não, alterando conforme seja necessário, tendo sempre em vista a melhoria da qualidade dos cuidados que presto. O exercício de funções em ambiente hospitalar implica não só uma consciência ético-deontológica apurada, mas também uma constante atualização técnico-científica. Tendo por base a evidência científica, selecionaram-se artigos de cariz científico e recorreu-se a orientações nacionais, nomeadamente às

emanadas pela Direção Geral da Saúde (DGS), que fossem relevantes para a sessão já supracitada.

Esta sessão permite ser enquadrada dentro de um dos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: **D) o desenvolvimento das aprendizagens profissionais**. A formação de pares ou a facilitação da aprendizagem foi um aspeto desenvolvido no estágio e evidenciado através da realização de uma sessão de formação sobre intervenções de enfermagem na otimização da terapêutica inalatória, destinada a ser apresentada aos enfermeiros do serviço de cirurgia torácica. Houve a necessidade de planear a formação, executar os dispositivos formativos de acordo com a metodologia que julgamos mais adequada, houve uma sessão pública e, finalmente, foi efetuada a avaliação desse momento formativo através de uma “*check list*” de procedimentos sobre otimização da terapêutica inalatória.

Senti ao início da formação uma ansiedade e preocupação de estar perante enfermeiros que nesta área são peritos. Será que iria conseguir ter competência para conseguir passar a informação desejada? Sim, consegui. Tive que readaptar algumas estratégias e alguns exemplos transportando-os para a realidade da prática, e alguns exemplos pessoais e familiares. O debate foi acesso entre dois EER, pela experiência nesta prática (nomeadamente a utilização de inaladores x nebulizadores), estes últimos já em desuso neste serviço. Esta experiência permitiu acrescentar à minha prática de enfermagem diferentes perspetivas e conhecimentos, bem como diferentes formas de estar e de ser. O resultado foi um recheado de “pequenas coisas” (HESBEEN, 1997), que o tornaram diferenciado, pela possibilidade de prestar cuidados específicos a um grupo de pessoas e dar, ao mesmo tempo, especial atenção a cada uma delas. Ao adquirir novos conhecimentos científicos, para além de ter a preocupação de os aplicar na prática diária, procuro ter presente a disseminação do conhecimento para os meus pares. A produção de conhecimento em enfermagem deve ser acompanhada pela sua publicação ou

transmissão aos semelhantes, contribuindo ativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Para finalizar, considero que a sessão de formação decorreu dentro do modelo e, também, que atingiu os objetivos que lhe haviam sido preconizados. Nesse sentido, julgo que, perante um cenário de circunstâncias semelhantes, poderá ser utilizado o mesmo plano de ação.

Referências Bibliográficas

Forte, A. (2005). Formação Contínua: contributo para o desenvolvimento e para a (re) construção da (s) identidade (s) dos professores do 1.º CEB. Tese de mestrado. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

Hesbeen, W. (1997). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [Acedido a 22 Novembro de 2013]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

FINAL DO 1º ESTÁGIO

Esta primeira etapa da minha formação como especialista de reabilitação foi ao encontro das minhas expectativas iniciais, isto é, revelou-se de facto uma experiência enriquecedora, tanto a nível profissional como a nível pessoal.

Foram dois meses vividos com inúmeras experiências positivas e que me proporcionaram uma vasta bagagem de conhecimentos e competências necessárias para a concretização do meu objetivo principal: tornar-me uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. O medo e a insegurança foram dois fatores que me acompanharam ao longo de todo o processo, mas foram sendo progressivamente minorados com o processo de aprendizagem realizado. Outra das premissas que constantemente mantive presente foi: se a planificação é, por um lado, a chave para o sucesso, por outro lado, a realização não se lhe fica atrás. A maximização e otimização do tempo foram essenciais para facilitar a aprendizagem e permitir intervenções significativas, não só nos clientes que me foram atribuídos, mas também naqueles a quem, por diversas vezes, foi necessária a minha intervenção para melhorar a sua interrupção de saúde.

Efetivamente, o enfermeiro de reabilitação tem um papel vital na identificação das necessidades individuais, na implementação das medidas adequadas e no planeamento de preparação para a alta, devendo, por isso, ser detentor dos conhecimentos referentes aos recursos e serviços existentes na comunidade, de forma a garantir ao cliente uma reintegração social bem-sucedida. Também aqui articulei o planeamento da alta relativamente aos clientes a quem prestei cuidados, para que conseguissem adaptar-se ao processo de transição desta nova etapa, com vista à manutenção da sua independência no que diz respeito ao seu autocuidado. A função de educação e orientação constitui-se como um dos domínios dos cuidados de enfermagem referidos por Benner (2005), entendendo-se que esta intervenção de enfermagem irá permitir que a pessoa

atinja um melhor nível de preparação para as situações de interrupção de saúde. Ao aperfeiçoar o seu conhecimento acerca do cliente, a enfermeira torna-se perita como guia dos clientes para a autogestão dos seus cuidados.

Nesta fase, sei que estou no início de uma longa caminhada com vista a percorrer o conhecimento específico desta área, dada a sua abrangência e todas as problemáticas daí decorrentes.

Após ter absorvido, e depois aplicado, os conhecimentos adquiridos durante estas semanas de estágio, espero poder dar continuidade a este trabalho e ter oportunidade para os colocar em prática no meu próximo estágio (e, também, no meu próprio contexto de trabalho). Pois só assim, e através da referência à passagem do tempo, quem sabe não me tornarei também numa perita em enfermagem de reabilitação.

**Apêndice VI –
Reflexões realizadas no EC em ECCI**

O presente trabalho teve como objetivo dar resposta aos objetivos e atividades preconizadas para o Estágio Clínico, na Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI), durante o mês de Janeiro de 2014 (quatro semanas). Houve necessidade de consolidar alguns conhecimentos nesta área pela minha inexperiência. Assim nasce este pequeno trabalho sobre a RNCCI e a sua importância no desenvolvimento das minhas competências para enfermeira de reabilitação.

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)

A prestação de cuidados de saúde contínua e integrada desempenha um papel cada vez mais importante nos esforços de reforma dos sistemas de saúde em todo o mundo. Para o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), o SNS português, como o de outros países, tem-se desenvolvido na lógica da organização e financiamento da oferta de serviços de saúde à população do país, definindo alternativas ao desenvolvimento do SNS. Assistimos a uma aposta no processo de empresarialização dos hospitais do SNS, numa gestão mais empresarial, com uma responsabilização clara dos gestores, apoiados por informação mais acessível e resultante de uma maior atenção ao sistema de informação; no desenvolvimento de parcerias com os sectores privado e social; numa maior coordenação vertical, entre níveis de cuidados, através de redes de referenciação e plataformas de articulação com outras forças vivas da comunidade (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012). As Políticas de Saúde são definidas como um produto da atividade humana precedida por uma questão ou problema influenciada por vários indivíduos, pessoas ou grupos com interesses específicos ou analistas políticos e investigadores de cada país, que tenha um determinado impacto na saúde das pessoas e que, direta ou indiretamente, tenha uma consequência percebida ou não (Fawcett & Russell, 2001). A saúde nesta perspetiva é vista por um lado pela medida em que um indivíduo ou grupo é capaz de realizar aspirações e satisfazer necessidades, e por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária,

não o objetivo dela e abrange os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (Organização Mundial de Saúde, 1985).

Com o aumento da esperança de vida, o acesso a cuidados de saúde atempados e adequados constituem uma aquisição do desenvolvimento socioeconómico da sociedade ocidental. Este desenvolvimento acarretou uma conjuntura peculiar, nomeadamente o envelhecimento e a prevalência de doenças crónico degenerativas geradoras de situações de dependência, a médio e a longo prazo. Assim, juntamente com o ímpeto economicista para a precocidade das altas hospitalares, esta alteração das curvas de transição epidemiológica e demográfica determina o incremento da importância duma rede de cuidados continuados integrados (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012). Entende-se por «Cuidados Continuados Integrados (CCI)», o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. (*Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, 2006 – Artigo 3º - alínea a)*

"A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde e Apoio Social é uma parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social com o objetivo de promover a continuidade dos cuidados de saúde e apoio social a todo o cidadão que sofra, temporária ou definitivamente, de algum grau de dependência."(Campos, 2007)

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é uma resposta do Estado cujo objetivo será assegurar um modelo de intervenção e articulação da Saúde e da Segurança Social para os cuidados continuados e paliativos aos cidadãos. Envolve a participação e colaboração de diversos parceiros (instituições públicas ou privadas). Constitui-se então um novo nível intermédio de Cuidados de Saúde e Apoio Social a pessoas em situação de dependência, tanto no domicílio, como em instalações próprias.

De acordo com o preâmbulo do Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, (2006), a sua criação,

“procura dar resposta às carências de cuidados decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Para tal, o modelo de intervenção articulado da saúde e da segurança social tem natureza preventiva, recuperadora e paliativa, estando situado num nível intermédio entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar”

A idealização e construção da RNCCI pode ser apresentada cronologicamente, sendo considerada relativamente recente, o seu percurso pode ser clarificado no Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho (2006): em 1998, o Despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade n.º 407/98 (1998) define orientações para uma intervenção articulada entre o apoio social e os cuidados de saúde continuados (Plano Nacional de Saúde 2004-2006); em 2003, através do Decreto-Lei nº281/2003 de 8 de Novembro (2003), dá-se a criação da Rede de Cuidados Continuados de Saúde (RCCS) na perspetiva de evolução do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para um modelo mais justo e solidário, que tem como objetivo fundamental a preocupação de dar às pessoas e aos doentes mais e melhores cuidados de saúde, em tempo útil, com eficácia e com humanidade. Em 2005 é criada a comissão para o desenvolvimento dos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º84/2005 (2005); em 2006 surge o Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, que sustenta a criação da RNCCI, no âmbito dos MS (Ministério da Saúde) e MTSS (Ministério do Trabalho e da Segurança Social), em 2012, através da Deliberação n.º2020/2012 de 19 de Dezembro (2012), é efetuada a conclusão do processo de fusão UMCCI/ACSS. A RNCCI é coordenada a dois níveis, regional e local, e baseia-se no modelo de intervenção integrada e articulada. Está centrada nos serviços comunitários de proximidade e abrange os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.

Foram várias as entidades internacionais que delinearam diretrizes para a criação da RNCCI, nomeadamente, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a Comissão Europeia (CE) e a Organização Mundial de Saúde

(OMS). Estas entidades denominam estes cuidados como Cuidados de Longa Duração / Long-Term Care (LTC) e definem-no de diferentes formas.

Objetivos da RNCCI

Os objetivos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados incluem o desenvolvimento dos cuidados, desde a alta hospitalar até ao domicílio do doente.

"Constitui objetivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência."(Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, 2006, Capítulo I, Art.º 4.º).

Os CCI incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no Sistema da Segurança Social, estendem-se por períodos que se prolongam para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença e visam:

- A reabilitação, a readaptação e a reintegração social;
- A provisão e manutenção do conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.

Estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, apresentando como objetivos específicos:

- a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;*
- b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;*
- c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;*
- d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;*
- e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação de cuidados;*

- f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;*
- g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos”.*(Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, 2006, Capítulo I, Art.º 4.º).

Composição da RNCCI

Segundo o Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de Junho, Capítulo I, Art.º 2.º (2006):

“A Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais. A Rede organiza-se em dois níveis territoriais de operacionalização, regional e local.”

Princípios da RNCCI

Como qualquer instituição certificada a RNCCI tem uma missão que se baseia em princípios como vem referido no decreto de lei abaixo citado.

“A Rede baseia-se no respeito pelos seguintes princípios:

- a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados;*
- b) Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;*
- c) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;*
- d) Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;*
- e) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;*
- f) Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia;*

- g) *Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;*
- h) *Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;*
- i) *Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;*
- j) *Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.”*

(Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, 2006, Capítulo I, Art.º 6.º)

Tipologias de Cuidados disponíveis na RNCCI

Existem três grandes áreas de prestação de cuidados dentro da RNCCI: Unidades de Internamento, Unidades de Ambulatório, Equipas Domiciliárias e Equipas Hospitalares. Das Unidades de Internamento fazem parte Unidades de Convalescença; Unidades de Média Duração e Reabilitação; Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos.

Relativamente às Unidades de Convalescença (UC),

“ ... é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.”(Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, 2006, Capítulo IV, Secção I, Art.º 13º)

Tendo como finalidade *“ a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável, na sequência de internamento hospitalar ou agudização de doença crónica cujo tratamento não exija recursos de um hospital de agudos”*. A previsibilidade de internamento é até 30 dias consecutivos.

As Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) são unidades com espaço físico próprio, articuladas com o hospital de agudos para a prestação de cuidados

clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, 2006, Capítulo IV, Secção II, Art.º 15º), cuja finalidade é a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista anteriormente, pretendendo-se responder a necessidades transitórias, visando maximizar os ganhos em saúde. Inclui ainda a necessidade de descanso de familiares ou de outros cuidadores informais, a impossibilidade, por ausência de recursos sociofamiliares, de uma pronta reinserção na comunidade. Por cada admissão, o período de internamento nesta unidade tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos.

As Unidades de Longa Duração e Manutenção(ULDM)

“...é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.”(Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, 2006, Capítulo IV, Secção III, Art.º 17º).

cuja finalidade é proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos, podendo proporcionar o internamento, por período inferior a este em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

As Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) são unidades de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizadas num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde. Prestam acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou

avançada, incurável e progressiva (Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, 2006, Capítulo IV, Secção IV, Art.º 19º).

As Unidades de Ambulatório ou Unidades de Dia e Promoção da Autonomia prestam cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para ser cuidadas no domicílio (Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, 2006, Capítulo IV, Secção V, Art.º 21º).

As Equipas Domiciliárias incluem as **Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)** e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

As ECCI são equipas multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que prestam serviços domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio (Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, 2006, Capítulo IV, Secção VIII, Art.º 27º).

As ECSCP são equipas multidisciplinares que prestam apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos (Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, 2006, Capítulo IV, Secção IX, Art.º 29º).

As Equipas Hospitalares incluem Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e as Equipas de Gestão de Alta (EGA).

As Equipas Intra-hospitalares de suporte em Cuidados Paliativos promovem a articulação com os diferentes recursos disponíveis na RNCCI, garantem a consultadoria, no âmbito dos cuidados paliativos, aos profissionais dos serviços hospitalares e asseguram a continuidade dos cuidados às pessoas nos serviços hospitalares em situações paliativas complexas. (Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, 2006)

As EGA são equipas multidisciplinares, que preparam e gerem as altas hospitalares nos doentes com necessidade de continuidade de cuidados. (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011).

Acessibilidade à RNCCI

Para um utente poder ingressar na RNCCI é necessário corresponder a um determinado padrão ou, necessitar de cuidados específicos, como refere o Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, Capítulo V, Art.º 31 (2006), que se passa a citar :

“São destinatários das unidades e equipas da Rede as pessoas que se encontrem em alguma das seguintes situações:

- a) Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;*
- b) Dependência funcional prolongada;*
- c) Idosas com critérios de fragilidade;*
- d) Incapacidade grave, com forte impacte psicossocial;*
- e) Doença severa, em fase avançada ou terminal. ”*

São critérios de exclusão da RNCCI a pessoa com episódio de doença em fase aguda, a pessoa que aguarde resposta a uma necessidade exclusivamente de apoio social, a pessoa cujo objetivado internamento seja o estudo de diagnóstico, a pessoa que requeira exclusivamente cuidados paliativos (exceto se pedido de admissão para UCP). A Direcção-Geral da Saúde, no âmbito das suas competências técnico-normativas, determina que não são admitidos na RNCCI *“(...) doentes infetados com microrganismos multirresistentes em tratamento com antibióticos de uso exclusivo hospitalar (...)”*.(Direcção-Geral da Saúde, 2009)

Este ingresso é, normalmente, por referência de outras equipas de saúde à RNCCI que previamente identificaram uma situação de risco e com características de ingresso na RNCCI, citando o Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, Capítulo V, Art.º 32º (2006) O ingresso na Rede é: “efetuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência”.

O acesso é feito então através das Equipas Coordenadoras Locais (ECL) por intermédio de uma proposta, proveniente de um Hospital ou de um Centro de Saúde, independentemente da tipologia de cuidados ser de internamento, ambulatorio ou de apoio domiciliário. Estas equipas são constituídas por um enfermeiro, um médico do Centro de Saúde, um Assistente Social do Instituto de Solidariedade Social e, se

necessário, por um elemento da autarquia local. Asseguram o acompanhamento e a avaliação da RNCCI a nível local, bem como a articulação dos recursos e das atividades, no seu âmbito de referência. Após a análise e decisão sobre a situação de saúde e social referenciada, a ECL identifica e providencia o melhor recurso da RNCCI que responde às necessidades da pessoa/família.

A nível hospitalar, as EGA articulam os recursos intra e extra hospitalares, de modo a que seja assegurada a continuidade de cuidados ao longo do processo de reabilitação. A EGA da instituição onde a pessoa está internada em situação de episódio agudo de doença é quem analisa e avalia a situação. A avaliação interdisciplinar da necessidade de cuidados continuados integrados deve ser realizada, de preferência, no início do internamento hospitalar, pois é necessário preparar, atempadamente, a etapa que se segue à alta clínica.

A alta hospitalar compete às EGA, que em articulação com as ECL, procede à transferência da pessoa, após informá-la e obter o seu consentimento.

Se a pessoa em situação de dependência, que precise ser encaminhada para a RNCCI estiver no domicílio ou em outras instituições integradas no SNS, deve contactar o médico, enfermeiro ou assistente social do Centro de Saúde da área de residência. A equipa do Centro de Saúde analisa a situação da pessoa e verifica se esta tem as condições necessárias para ser encaminhada para a RNCCI, enviando uma proposta de admissão à ECL da mesma área. Tanto a pessoa como o seu cuidador estão envolvidos ao longo de todo este processo.

Em termos de pagamento, se a pessoa estiver internada numa UC ou numa UCP não implica custos. Apenas o faz se estiver internada numa UMDR ou ULDM. O valor a pagar vai depender dos rendimentos do agregado familiar, que é calculado pela ECL. *(Portaria nº 220/2011 de 1 de Junho, 2011).*

.

O ENFERMEIRO E A RNCCI

Papel do Enfermeiro Generalista

Segundo o Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril (1998), Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – REPE, o Enfermeiro,

“é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.”

“na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

Com base nas competências do Enfermeiro de cuidados gerais, o exercício da atividade profissional de Enfermagem baseia-se fundamentalmente na promoção da saúde, prevenção da doença, no tratamento, na reabilitação e na reinserção social (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Visto o principal objetivo da RNCCI ser a promoção da continuidade dos cuidados de saúde e apoio social a todo o cidadão que sofra, temporária ou definitivamente, de algum grau de dependência, o papel do Enfermeiro generalista é fundamental e faz todo o sentido, em toda a dinâmica que envolve o cliente e estas instituições.

Na alta hospitalar e/ou em situações em que a pessoa dependente não consiga satisfazer as suas necessidades de saúde no âmbito domiciliário, ou em qualquer contexto de trabalho do Enfermeiro, o seu parecer é obrigatório na referenciação do cliente para a RNCCI. Tendo em vista que o Enfermeiro é o profissional de saúde que está mais próximo do indivíduo e família, tanto no âmbito hospitalar como na comunidade, conhece melhor as necessidades e consequentemente a melhor forma de as satisfazer. Por isso, é um elemento crucial para decidir qual a tipologia da RNCCI

mais adequada para cada situação. Esta abordagem vai de encontro ao artigo 80º - Do dever para com a comunidade e ao artigo 84º - Dever de informar, do Código Deontológico do Enfermeiro (*Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro, 2009*). No caso particular dos cuidados continuados e dos cuidados paliativos, o respeito pela dignidade humana, pela liberdade de escolha sobre os cuidados de enfermagem, humanização dos cuidados, respeito pelo doente terminal e proteção da vulnerabilidade encontram uma clara correlação com os princípios do funcionamento da RNCCI.

Na equipa multidisciplinar, o enfermeiro nas suas intervenções autónomas ou interdependentes, quer exerça funções na RNCCI ou noutra instituição de saúde, tem que satisfazer as necessidades fundamentais de cada utente e família, no sentido de promover a sua independência, ajudar nos processos de readaptação e adaptação funcional aos défices.

O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (*Regulamento n.º125/2011, 2011*).

Segundo o Regulamento n.º125/2011 (2011) as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação são cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Segundo Hoeman (2000) os papéis *“incluem o de educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos do utente, capacitador /facilitador, moderador, líder, perito e membro da equipa”*.

O âmbito de intervenção na RNCCI fundamenta-se no princípio dos três R's – Reabilitação, Readaptação e Reinserção.

A Enfermagem de Reabilitação enquadra-se em todas as tipologias da RNCCI, tanto em unidades de internamento como de ambulatório, pois este Enfermeiro especialista atua a vários níveis e áreas de prestação de cuidados no âmbito da Rede. Ao contrário do que se possa pensar, estudos têm demonstrado que nas Unidades de Cuidados Paliativos a reabilitação neste grupo de clientes, inclui a melhoria na capacidade funcional, qualidade de vida, mobilidade, fadiga, dor, dispneia, estado emocional e função cognitiva.

Dados os conhecimentos específicos que possui, o Enfermeiro de Reabilitação, tem maior capacidade para avaliar, triar e tratar as situações, para que sejam garantidos os cuidados individualizados e apropriados a cada pessoa. Este concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação baseados nos problemas de saúde reais e potenciais resultantes de uma alteração da capacidade funcional da pessoa e/ou alteração do estilo de vida resultante de deficiência/incapacidade ou doença crónica. Compete-lhe ainda tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações ou de incapacidades secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa.

No âmbito da sua competência identifica barreiras arquitetónicas para o cidadão com necessidades especiais a nível sensório-motor e elabora propostas de eliminação das mesmas; presta cuidados no âmbito da enfermagem de reabilitação a pessoas com necessidades especiais no domicílio e/ou instituições de apoio social; promove a máxima independência nas atividades de vida diárias e da qualidade de vida da pessoa com deficiência e/ou necessidades especiais, no sentido da sua capacitação e *empowerment*, quer da pessoa, quer dos seus cuidadores; cria e gere bolsas de ajudas técnicas, envolvendo os recursos da comunidade.

Dirige-se essencialmente à recuperação e à adaptação ou manutenção funcional da pessoa, ao treino do prestador de cuidados com o objetivo de preparar o regresso a casa, de que resultam ganhos em saúde significativos.

Os enfermeiros especialistas em Reabilitação, neste modelo de cuidados integrais e integrados dos serviços e instituições da RNCCI, desempenham um papel central na equipa multidisciplinar. No entanto, na realidade o que se verifica é que muitas unidades, por escassez destes profissionais especializados, não os contemplam nas suas equipas de Enfermagem.

Uma frase muito utilizada pelos enfermeiros especialistas de reabilitação é a seguinte “*os enfermeiros salvam vidas, o enfermeiro especialista em reabilitação transforma vidas*”.

Deste modo, os enfermeiros de reabilitação apresentam-se como profissionais integrantes e interventivos que condicionam a melhoria das condições de saúde da população para além de influenciar as escolhas políticas e vice-versa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campos, A. C. de. (2007). Intervenção do Ministro da Saúde, Correia de Campos, no 1.º Aniversário da Rede de Cuidados Continuados. Teatro Tivoli. Lisboa.

Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho (2006). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I Série-A, Nº109 (6-6-2006) 3856-3865.

Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril (1998). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I Série-A, Nº93 (21-4-1998) 1739-1757.

Decreto-Lei nº281/2003 de 8 de Novembro (2003). Cria a rede de cuidados continuados de saúde. Diário da República - I Série-A, Nº259 (8-11-2003) 7492-7499.

Deliberação nº2020/2012 de 19 de Dezembro (2012). Conclusão do processo de fusão UMCCI/ACSS. Diário da República 2ª Série, Nº245 (19-12-2012) 40164.

Despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade nº 407/98 (1998). Inicia a intervenção coordenada na área do apoio social e dos cuidados continuados de saúde. Diário da República II Série, (18-6-1998).

Direcção-Geral da Saúde. (2009). Circular Normativa No 9/DQS/DSD. Lisboa.

Fawcett, J., & Russell, G. (2001). A Conceptual Model of Nursing and Health Policy. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2(2), 108–116. doi:10.1177/152715440100200205

Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo* (2a ed., p. 787). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro (2009). *Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. *Diário da República 1a Série*, No180 (16-9-2009) 6528-6550.

Ministério da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Retrieved January 11, 2013, from <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2012). *Relatório de Primavera 2012: Crise & Saúde - Um país em sofrimento*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais* (p. 26). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde. (1985). *Metas da saúde para todos. metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. (Ministério da Saúde / Departamento Estratégico de Planeamento, Ed.) (p. 227). Lisboa.

Regulamento n.º125/2011 (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. *Diário da República 2a Série*, No35 (18-2-2011) 8658-8659.

Dei por mim a pensar sobre os cuidadores informais. Entende-se por “cuidador informal” todos aqueles que prestam cuidados a pessoas dependentes, e que não são recompensados economicamente pelo auxílio que fornecem, podendo existir para com a pessoa cuidada laços familiares, de amizade, de vizinhança, ou outros (Lage, 2005). Especificamente, no caso do Sr. MD, de 81 anos, após uma primeira avaliação por parte do enfermeiro de reabilitação, (a sua referenciação tinha sido um dia depois da minha chegada). Chegou-se à conclusão que os cuidadores informais (esposa e filha), encontravam-se em exaustão e sobrecarga. O Sr. MD tinha estado hospitalizado durante muito tempo e agora regressa a casa acamado (complicação pela permanência hospitalar prolongada) e com necessidade de ajuda total em todas as atividades de vida diária (AVD).

Após reunião de equipa, ponderou-se e sugeriu-se aos cuidadores informais, a transferência do familiar para uma UMDR (Unidade de Média Duração e Reabilitação), não só para o ajudar a adquirir maior autonomia (o envolvimento no programa de reabilitação foi notório a evolução a nível motor), como também para permitir o descanso temporário dos cuidadores. Esta situação gerou stress e conflito no seio familiar (e, consequentemente, também connosco), uma vez que não queriam ter o familiar novamente internado e longe. Percebi que não estavam ao corrente do serviço prestado por este tipo de instituição e que, provavelmente, deveria ter-lhes sido previamente prestado algum suporte informativo acerca desta temática. Houve, por isso, necessidade de dissipar as dúvidas instaladas, mas senti-me incapaz de contornar a situação, por ainda não compreender bem a rede e a funcionalidade de cada unidade funcional.

Esta situação alertou-me para o facto de, antes de abordar assuntos como este (ou mesmo outros para os quais ainda não me sinto à vontade), deverei sempre munir-me de informação suficiente para não dar azo a más interpretações, conseguir entender se a situação que para nós era a ideal não

vai gerar instabilidade na dinâmica familiar e, o mais importante de tudo, saber para conseguir transmitir de forma eficaz a informação, garantido que vai ser percebida por quem a recebe. Caso me depare com uma situação semelhante já estarei munida de informação e conhecimento suficiente para uma resposta eficiente e eficaz.

O modelo Salutogénico na prestação de cuidados do EER.

Já na reta final do II estágio clínico, veio-me à lembrança o modelo salutogénico de Antonovsky. Porquê este modelo? Porque é com base nele que eu identifico os cuidados prestados pelos enfermeiros de reabilitação na comunidade, nos quais também me identifico. O paradigma salutogénico centra-se na origem da saúde. As pessoas têm acesso a uma variedade de recursos, que podem ajudá-las a perceber o mundo como uma realidade organizada e estruturada. Estes recursos são designados por “recursos gerais de resistência”, os quais podem corresponder, simultaneamente, à capacidade interna ou à possibilidade externa de utilizar as competências de cada um para enfrentar os diferentes desafios do seu quotidiano. A capacidade de utilizar estes recursos é descrita como o sentido de coerência e varia de pessoa para pessoa. O sentido de coerência ajuda as pessoas a compreender, gerir e encontrar significado no mundo, pelo que, quanto mais elevado for, mais capacitadas estão para manter e melhorar o potencial de saúde. É nesta melhoria do potencial de saúde que é feito o grande investimento dos EER, na ótica dos ganhos em saúde daqueles de quem cuidam. É através das valorizações que estão implicadas na saúde, que os EER procuram elementos de antecipação à condição de doença e estabelecem estratégias comportamentais que reforçam e promovem a saúde e o desenvolvimento das condições facilitadoras da saúde individual e familiar Nunes (1999).

Transpondo este modelo para o caso prático de uma Visitação Domiciliária, dei por mim a pensar no ganho em saúde do utente, pela mobilização de recursos disponíveis com as cuidadoras de um utente no levante diário do seu familiar. O que anteriormente era valorizado pelas cuidadoras (o não mexer no familiar e deixá-lo deitado, o medo e receio de o deixar cair e ter de regressar para o hospital) deixou de o ser, assim que se aperceberam que aqueles momentos poderiam de facto alterar positivamente a saúde do seu familiar. Poderei dizer que fiquei muito satisfeita com o sucedido, porque o que estávamos ali a fazer era potencializar fatores de saúde

(físicas, biológicas, psicológicas e sociais) e porque também se conseguiu transmitir a verdadeira necessidade de se ir mais além com o utente, nomeadamente intervindo no seu potencial de reabilitação. Este Sr. Não falava, apenas “gemia”. Era esta a sua forma de se expressar com o meio ambiente. O facto de o levantar diariamente contribuiu para conseguir perceber outra realidade (não só o teto), que era o que observava diariamente. Conseguiu ver a horta, a sala de estar e o espaço que o rodeava, que até então não tinha tido oportunidade de observar. Já “gemia menos”, como dizia a esposa e conseguia-mos ver o seu olhar de contentamento, no simples levantar daquela cama. Capacitá-lo e dar-lhe o poder de observar outros fatores que o rodeiam, fez desenvolver a disponibilidade das restantes cuidadoras para os pequenos ganhos em saúde do seu familiar. “Dá trabalho dá, mas voltar a ver aquele olhar”, dizia a filha.

Conseguiu-se fazer uma intervenção numa realidade identificada e, ao mesmo tempo, envolver a família na melhoria da situação daquele utente.

Aumentando o sentido de coerência daqueles familiares, estes adquiriram novas aptidões que, por sua vez, modificaram comportamentos com vista à melhoria da saúde do seu familiar. Provavelmente, caso uma situação semelhante acontecesse, a forma de agir seria a mesma. Intervir, no sentido de contribuir para uma participação coerente e responsável, para a promoção da saúde da pessoa em situação de dependência total. As pessoas podem intervir desde que estejam capacitadas e este estar capacitado deve ser visto como um desejo em ser sujeito e não espetador Carrondo (2006).

Nunes, L. A. S. (1999). O sentido de coerência: Operacionalização de um conceito que influência a saúde mental e a qualidade de vida. Tese de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública. (Não publicada).

Carrondo, E.M. (2006). Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho . (Não publicada)

O MEU OLHAR SOBRE O ESTÁGIO

Termino agora uma etapa desta especialidade: os estágios clínicos. Nomeadamente, o estágio na ECCI. Sinto que aprendi, cresci e amadureci, quer do ponto de vista profissional, como pessoal. Mas, principalmente, também sinto que nada vai voltar a ser como antes, pois uma vez colocados os “óculos” da reabilitação, dificilmente se consegue voltar a ver como antigamente. Existe agora uma prática reflexiva do meu cuidar com a interpretação do meio interno e externo do contexto vivenciado e um reforço do meu sentido de coerência, com a aquisição de conhecimentos até então inexistentes na área da reabilitação. É com um misto de tristeza e felicidade (caso estes dois sentimentos possam existir conjuntamente) que inicio esta última reflexão. Felicidade, em primeiro lugar, porque agora estou mais perto da reta final, porque vou voltar a ter tempo (o tempo roubado durante estes 15 meses) para outras vertentes da minha vida; mas, ao mesmo tempo, também alguma tristeza, porque adorei esta última experiência de enfermagem de reabilitação na comunidade. Provavelmente, e surripiando as palavras a alguém, se soubesse o que sei hoje seria nesta vertente que estaria a trabalhar e não no contexto hospitalar.

Fazendo uma ponte entre a vertente comunitária e a hospitalar, os cuidados de enfermagem de reabilitação, embora muito diferentes, podem, na minha opinião, complementar-se caso tenhamos a pessoa na centralização do nosso cuidar. Na vertente comunitária, o enfermeiro de reabilitação intervém após a alta hospitalar não só na pessoa como na família, capacitando-as para um processo de saúde positivo, orientando-as para uma participação que não é apenas da responsabilidade dos profissionais de saúde. Nesta minha experiência, vi o enfermeiro de reabilitação como um profissional autónomo, disponível e aberto à compreensão das perspetivas individuais da pessoa e família, orientando-os em cuidados diretos e específicos, na coordenação de cuidados, no acompanhamento contínuo no tempo e numa intervenção realista da pessoa. Um gestor de caso é como o defino. É aquele que articula participações técnicas individualizadas e colaborativas para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços destinados a responder às necessidades de pessoas mais vulneráveis e com necessidades complexas e crónicas de saúde, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde (Lopes, 2012). Na vertente hospitalar, o enfermeiro de reabilitação (e

apesar de terem presente a pessoa/ família nos seus cuidados), tem um desajustamento das respostas, pela insuficiência existente ao nível da instituição, ou seja só após a consulta de vários profissionais de saúde. A sua participação é relevante, mas não ao ponto de ser considerado um gestor de caso, pelo simples facto de não gerir de forma autónoma os cuidados de saúde dos seus clientes, como é realizado a nível da ECCI (em várias situações assisti a esta gestão, nomeadamente a interrupção de terapêutica, que bastou a EER telefonicamente contactar o médico para a interrupção ser realizada, sem falar nas terapêuticas de enfermagem de reabilitação que iriam ser ajustadas consoante a necessidade da pessoa). A nível hospitalar a gestão é sempre aconselhada por outros profissionais (nomeadamente médicos, que só após a observação da pessoa é que resolvem determinada situação e então decidem). Na minha experiência, tanto como enfermeira generalista e agora como aluna de ER, uma mudança de pensamento apenas será possível através da demonstração de competências e traduzindo-as em ganhos em saúde (seja para a pessoa, seja para a instituição); uma mudança de pensamento para que o enfermeiro de reabilitação comece a ser, também ele, um gestor de caso. E sendo uma otimista por natureza, tenho alguma esperança em que esta mudança ocorra.

A etapa agora concluída revelou-se uma experiência bastante enriquecedora. Houve da minha parte uma maior preparação deste último estágio clínico, que me possibilitou um fluir agradável desta toda minha aprendizagem. De facto, a preparação possibilita uma sinergia positiva para a aquisição das competências que nos solicitam para a aquisição do grau de especialista e de especialista em reabilitação. Estas competências resultam de combinações complexas de atributos que incorporam conhecimentos, atitudes, valores e habilidades, e que são utilizados em situações específicas: as de especialistas. A noção de competência é relacional, agrupando como elementos separados as capacidades dos indivíduos (resultantes da combinação de atributos) e as tarefas a desempenhar em cada situação própria. Integra aspetos éticos e valores, a necessidade de uma prática refletida, a importância do contexto e a existência de mais de uma forma de exercer de forma competente (Pires, 2002). O mesmo autor refere, ainda, que ser competente é saber aplicar as capacidades ou conhecimentos de forma pertinente e nas circunstâncias adequadas. É saber optar por, e saber organizar um conjunto coerente de capacidades e conhecimentos; é saber transferir para outras situações de trabalho, isto é, adaptar-se a novas situações.

Trata-se de um processo dinâmico que varia em função da capacidade de adaptação do sujeito às condições do meio. Também neste estágio clínico tive a oportunidade de desenvolver estas competências, uma vez que realizei avaliações da pessoa no seu todo, mobilizei conhecimentos para um diagnóstico da situação e planeamento das intervenções a efetuar, implementei o plano de intervenção e fui durante as visitas domiciliárias realizando a monitorização dessas mesmas intervenções, adaptando-as ou não, consoante o resultado esperado. Ganhei eficiência e organização Benner (2005) na realização de cuidados em reabilitação.

Tendo em conta aquilo que anteriormente foi exposto, na minha opinião considero ter atingido os objetivos a que me propus.

Referências Bibliográficas:

LOPES, J. (2012). Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso: A experiência vivida da pessoa com problemas de adição. Dissertação de Doutoramento. Lisboa. Universidade de Lisboa.

PIRES, A. (2002). Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa.

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica da enfermagem*. Coimbra. Quarteto

**Apêndice VII –
Planos de Cuidados realizados em EC na ECCI**

Plano De Cuidados I

Docente:

Prof^ª M^a Fátima Marques

Enf.^a Supervisora:

Enf.^a Teresa Gadanho

Elaborado por:

Cristiana Firmino (4774)

Janeiro de 2014

PLANO DE CUIDADOS 1

I - COLHEITA DE DADOS

1. HISTÓRIA ACTUAL E PREGRESSA

Nome, idade, sexo, estado civil:	Nome: M.D. Idade: 81 anos de idade Sexo: Masculino Estado Civil: casado
Antecedentes pessoais:	Cardiopatía isquémica hipertensiva, Hipertensão arterial, EAMSST em Agosto 2013, Insuficiência cardíaca, Doença cerebrovascular multienfarte com afasia sequelar, Síndrome demencial, Estenose carótida direita, Dislipidémia, Hérnia umbilical e obstipação crónica.
Medicação em ambulatório	Moninitrato Issosorbido (MNI) 60 mg dia, Metoprolol 50 mg Ramipril 2.5 mg Clopidrogel 75 mg AAS 100 mg Sinvastatina 10mg Sertralina 50 mg Clozapina 12,5 mg
Situação Actual familiar, habitacional, social:	Agregado Familiar: Vive com a esposa Cuidador Informal: Filha e esposa Morada: Oeiras Profissão: Maquinista Vive com esposa. Tem apoio domiciliário 2x dia do Centro paroquial da sua área de residência. Ajuda da filha, na preparação de terapêutica, administração da alimentação, posicionamento e muda de fraldas. Dependente em todas as AVD'S

2. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

1º Contacto com a Cliente	16/01/14
Avaliação Psicológica	Prostrado
Comunicação	Gemidos

<i>Circulação / Oxigenação</i>				
Data	16/01/2014			
Temperatura				
Tensão Arterial	103/59 mmHg			
Frequência cardíaca	66 p/min			
Frequência respiratória	19 c/min			
SO2	96%			
Padrão Respiratório	Tipo: Espontânea Padrão: Tarocoabdominal Amplitude: Média Ritmo: Regular Simetria: Presente			
Secreções:	Presente, com dificuldade em expelir			
Pele e Mucosas:	Pele quente e seca, corada e ligeiramente desidratada assim como as mucosas			

Considero que os seguintes níveis são os seguintes graus de dependência:

Nível 0: 0,5 a 2 – Grau reduzido
Nível 3 e 4 – Grau moderado
Nível 5 a 7 – Grau elevado
Nível 9 e 10 – Grau muito elevado

Auscultação Pulmonar	Murmúrio Vesicular	1/3 Superior	Presente Esq. e Dto.
		1/3 Médio	Presente Esq. e Dto.
		1/3 Inferior	Rude no Esq., sem alterações no dto.
	Ruídos Adventícios	1/3 Superior	Roncos
		1/3 Médio	Roncos
		1/3 Inferior	Roncos

<i>Estado de Consciência – ESCALA DE GLASGOW</i>	
Abertura dos Olhos	4 – Espontaneamente 3 – Por ordem 2 – À ordem 1 – Nula
Resposta Verbal	5 – Orientada 4 – Confusa 3 – Delirante 2 – Incompreensível 1 – Nula
Resposta Motora	6 – Obedece a ordens 5 – Localiza a dor 4 – Foge à dor 3 – Flexão anormal 2 – Em extensão 1 – Nula
Score	11

(O que está assinalado a preto foi a resposta do cliente)

<i>Eliminação Vesical</i>	
Padrão habitual de eliminação vesical	Incontinência de esfíncteres Dependente em grau elevado

<i>Eliminação intestinal</i>	
Padrão habitual de eliminação intestinal	Incontinência de esfíncteres dependente em grau elevado

<i>Sono e Repouso</i>	
Padrão habitual de sono e repouso	Horas de sono por noite: 4 a 5 horas seguidas
Padrão actual de sono e repouso	Dorme por períodos (refere a esposa)

3. AVALIAÇÃO DE ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

MIF – Medida de Independência Funcional

	<u>Data de 1º contacto com o cliente:</u>
<u>Auto-cuidados</u>	
A. Alimentação	1
B. Higiene Pessoal	1
C. Banho	1
D. Vestir metade superior	1
E. Vestir metade inferior	1
F. Utilização da sanita	1
<u>Controlo dos Esfíncteres</u>	
G. Bexiga	1
H. Intestino	1
<i>Mobilidade:</i>	
<u>Transferências</u>	
I. Leito, cadeira, Cadeira de rodas	1
J. Sanita	1
K. Banheira, Duche	1
<u>Locomocão</u>	1
L. Marcha / Cadeira de rodas	
M. Escadas	
<u>Comunicação</u>	
N. Compreensão	
O. Expressão	1
<u>Cognição Social</u>	
P. Interação social	1
Q. Resolução de problemas	1
R. Memória	1
<u>Total</u>	16

Níveis:

7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)

6 – Independência modificada (ajuda técnica)

Dependência modificada

5 – Supervisão

4 – Ajuda mínima (Indivíduo participa em ≥75%)

3 – Ajuda Moderada (Indivíduo participa em ≥50%)

Dependência Completa

2 – Ajuda Máxima (Indivíduo participa em ≥25%)

1 – Ajuda total (Indivíduo participa em ≤25%)

Considero que os seguintes níveis são os seguintes graus de dependência:

Nível 7, 6 e 5 – Grau reduzido

Nível 4 e 3 – Grau moderado

Nível 2 – Grau elevado

Nível 1 – Grau muito elevado

II - AVALIAÇÃO MOTORA/SENSITIVA

1. FUNÇÕES SOMATO-MOTORAS

AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR - ESCALA DE LOWER

Data de avaliação:

Legenda: 0/5- Paralisia completa/ Ausência de contracção 1/5- Esforço de contracção visível mas não produz movimento 2/5- Movimento activo possível não vencendo a força da gravidade 3/5- Movimento activo possível vencendo a força da gravidade 4/5- Movimento activo vencendo a resistência do observador 5/5- Força normal	MSup/ Inf Dto	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação interna/ pronação/ inversão	Rotação Externa/ supinação/ eversão	Desvio Radial	Desvio Cubital
	Dedos mão	3/5	3/5	3/5	3/5				
	Punho	3/5	3/5					3/5	3/5
	Antebraço					3/5	3/5		
	Cotovelo	3/5	3/5						
	Ombro	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5		
	Dedos pé	3/5	3/5	3/5	3/5				
	Tíbio-társica	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5		
	Joelho	3/5	3/5						
	Coxo- femural	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5		

Avaliação do Tónus Muscular

HEMICORPO DIREITO / ESQUERDO:

MEMBRO SUPERIOR	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Int. Pronação	Rotação Ext Supinação	Desvio radial	Desvio Cubital	Oponência Elevação
Escapulo-umeral	E /E	E/E	E /E	E/E	E /E	E/E			E
Cotovelo	E /E	E/E							
Antebraço					E /E	E/E			
Punho	E /E	E/E					E /E	E/E	
Dedos	E /E	E/E	E /E	E/E					
Polegar	E /E	E/E	E /E	E/E					E
MEMBRO INFERIOR	Flexão Báscula ant	Extensão Báscula .post.	Adução	Abdução	Rotação Int. Inversão	Rotação Ext Eversão			
Bacia		E/E							
Coxo-fémural	E /E	E/E	E /E	E/E	E /E	E/E			
Joelho	E /E	E/E							
Tibio-tarsica	E /E	E/E			E /E	E/E			
Dedos	E /E	E/E	E /E	E/E					

LEGENDA:

Hipotonicidade (H)

Espasticidade (E) seguido do número correspondente à Escala de ASHWORTH Modificada

0 Tónus Normal

1 Hipertonia muito ligeira (mínima resistência no fim do movimento)

1+ Hipertonia muito ligeira (mínima resistência durante todo o movimento)

Considerando que os seguintes níveis correspondem aos seguintes graus de dependência:

Tónus 0 a 1 – **Grau reduzido**

Tónus 1+ a 2 – **Grau Moderado**

Tónus 3 a 4 – **Grau elevado**

Cristiana Firmino
- Janeiro 2014 – ESEL -

2 - FUNÇÕES SOMATO-SENSITIVAS

2.1- Sensibilidade

Legenda: M- Mantida D- Diminuída 0- Ausente N- Não Realizada				
<i>Data da avaliação:</i>				
	Táctil	Dolorosa	Térmica	Postural
Hemiface direita	D	M	NR	M
Hemiface esquerda	D	M	NR	M
Hemitorax direito	D	M	NR	M
Hemitorax esquerdo	D	M	NR	M
Membro Sup Dto.	D	M	NR	M
Menbro Sup Esq.	D	M	NR	M
Membro Inf. Dto	D	M	NR	M
Membro Inf. Esq.	D	M	NR	M

1ª Avaliação do Enfermeiro Especialista de Reabilitação

Apresenta-se consciente, emitindo gemidos inespecífico, sem se conseguir avaliar o grau de orientação.

Pele e mucosas moderadamente descoradas e desidratadas, com integridade cutânea mantida.

Eupneico em repouso com respiração toraco -abdominal de 20 ciclos por minutos, com presença de reflexo de tosse eficaz. Apresenta secreções em pequena quantidade que deglute.

AP: Murmúrio vesicular diminuído nas bases e pulmão direito, com presença de roncos em moderada quantidade.

Restantes parâmetros vitais dentro da normalidade para o utente.

Alimentado de dieta mole no leito (por filha e esposa). Apresenta de acordo com indicação da filha ligeira disfagia a líquidos pelo que foi orientada para adicionar espessante.

Com incontinência vesical e intestinal pelo que usa fralda.

Desde a alta hospitalar, acamado e sem realizar levante.

Apresenta alterações da mobilidade desde 2013 após AVC, com diminuição da força muscular, amplitude articular e marcha, tendo ficado acamado e sem qualquer plano de reabilitação desde há um ano (indicação da filha). Apresenta rigidez articular por imobilidade. Avaliação da força muscular de acordo com escala de Lower: Membros superiores com 3/5 e Membros Inferiores com 3/5.

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

RFR. Fez-se drenagem postural modificada com o objetivo de drenagem de secreções eficaz, costal superior e seletivo á dta, tendo tossido e deglutido secreções.

RFM, Mobilizações ativas nos 4 membros;

Sentou-se utente na cama com MI pendentes, que tolerou bem.

Tem como ajudas técnicas: Cama articulada e Cadeirão. Sugere-se a aquisição de cadeira de rodas para passear pela casa e exterior.

Plano Intervenção Individual:

Ensino aos cuidadores sobre prevenção de quedas;

Ensino aos cuidadores sobre consequências da imobilidade;

Ensino aos cuidadores sobre prevenção de pneumonia por aspiração;

Prevenção de UP;

RFR: drenagem postural modificada acompanhado por manobras acessórias.

RFM: Mobilizações ativas nos 4 membros; Sentar na cama com Minf pendentes. Treino de transferência para cama /cadeirão / cama.

Articulação com MF para avaliação do doente.

Em reunião de ECCI ponderou-se e posteriormente sugeriu-se aos cuidadores, transferência do utente para uma UMDR, para programa de RFM e Estimulação cognitiva com o objetivo de melhorar potencial de reabilitação e adquirir maior autonomia nas AVD, e permitir descanso temporário da esposa, que não consegue assegurar cuidados pelo grau de dependência física e cognitiva, que ficaram de conversar em família.

III - PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Alteração do padrão de mobilidade relacionado com défices cognitivos, neuromusculares, musculoesqueléticos, manifestada por espasticidade, rigidez articular e défice de autocuidado	<p>Promover autocuidado adequado á sua situação.</p> <p>Mobilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> -manter ou melhorar a força muscular -Preservar a amplitude dos movimentos; -Diminuir a espasticidade - Prevenir complicações da imobilidade durante o período em passa no leito 	<p>Vigiar o movimento muscular.</p> <p>Monitorizar espasticidade e amplitudes articulares.</p> <p>Executar programa de exercícios de movimentos passivos para manutenção da mobilidade articular: Art. Escápulo-umeral, Cotovelo, Antebraço, Punho e Dedos, Coxo-femural, Joelho e tíbio-társica.</p> <p>Executar posicionamentos anti-espásticos.</p>	<p>16/01/2014 Utente acamado.</p> <p><u>20; 23:</u> Durante o dia permanece no leito. Nos dias de prestação de cuidados por parte da ECCI, realiza levante e treino de marcha.</p> <p>Mantem força muscular de grau 3/5.</p> <p>Mantém dependência total para esta AVD.</p> <p>.</p>

Plano de Cuidados
IV Curso de Mestrado em Enfermagem- Especialidade de Reabilitação

	<p>Alimentação: Beber e Comer</p> <p>Prevenir aspiração pela presença de disfagia.</p>	<p>Executar transferência da posição de deitado para sentado no leito, com minf pendentes.</p> <p>Executar transferência da posição de sentado para a posição de pé.</p> <p>Sentar o Sr. com costas direitas e cabeça ligeiramente fletida.</p> <p>Reforço da necessidade de uma dieta pastosa e líquidos com espessante</p> <p>Orientação da família, no posicionamento e técnica de alimentação, e utilização de espessante.</p>	<p>Necessita ainda de muito apoio para se manter em pé.</p> <p>Ajuda total no treino de marcha.</p> <p>Sem presença de equilíbrio estático e dinâmico.</p> <p>Sem episódios de disfagia desde que esteja bem sentado.</p> <p>Ingere cerca d 1l de líquidos por seringa de alimentação, com espessante.</p>
--	---	--	--

Plano de Cuidados
IV Curso de Mestrado em Enfermagem- Especialidade de Reabilitação

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Défice de autocuidado na manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social relacionado com a imobilidade no leito e afasia global.	<p>Promover condições para o convívio social e familiar.</p> <p>Obter recursos materiais e financeiros para a manutenção da vida.</p> <p>Melhorar estratégias de comunicação.</p>	<p>Utilizar perguntas diretas sim: não.</p> <p>Observar a linguagem não-verbal com a finalidade de evitar a fadigado Sr. MD;</p> <p>Levante diário do Sr MD, para promoção da interação com restante meio envolvente.</p> <p>Sugeriu-se aos cuidadores familiares, transferência do utente para uma UMDR, para programa de RFM e Estimulação cognitiva com o objetivo adquirir maior autonomia nas AVD.</p>	<p>Colabora dentro das suas capacidades ao que lhe é proposto.</p> <p>Reage á dor, á mobilização e mostra descontentamento (levanta a mão).</p> <p>Quando está sentado e faz treino de marcha com os enfermeiros visualiza todo o meio que o envolve.</p> <p>A família ficou de pensar nesta hipótese, mas com muita renitência em aceitar a sugestão.</p>

Plano de Cuidados
IV Curso de Mestrado em Enfermagem- Especialidade de Reabilitação

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Risco de ventilação ineficaz relacionado com: Imobilidade no leito.	<p>Manter permeabilidade das vias aéreas.</p> <p>Apresentar murmúrio vesicular normal para o Sr. MD.</p>	<p>Auscultação Pulmonar antes de se iniciarem manobras para mobilização das secreções.</p> <p>Vigiar as características da respiração.</p> <p>Executar atividades para mobilização das secreções (abertura costal superior; tosse)</p> <p>Reforçar a hidratação oral.</p> <p>Reforçar necessidade de levante diário aos familiares e cuidadores do Sr. MD.</p>	<p>16/01/2014</p> <p>Mobilização de secreções que deglute de forma eficaz. AP: Limpa.</p> <p>Apresenta tosse e algumas secreções que consegue Expelir.</p> <p>Restantes avaliações sem alterações, com AP: Limpo</p> <p>Vão adquirir uma Cadeira de rodas para levante e posterior passeio com o Sr. MD.</p>

Plano De Cuidados II

Docente:

Prof^ª M^a Fátima Marques

Enf.^a Supervisora:

Enf.^a Teresa Gadanho

Elaborado por:

Cristiana Firmino (4774)

Janeiro de 2014

PLANO DE CUIDADOS 1

I - COLHEITA DE DADOS

1. HISTÓRIA ACTUAL E PREGRESSA

Nome, idade, sexo, estado civil:	Nome: JV Idade: 102 anos de idade Sexo: Masculino Estado Civil: Viúvo
Antecedentes pessoais:	Cardiopatía isquémica, bronquite crónica e hipoacusia marcada dependente de terceiros nas actividades da vida diária com agravamento do grau de dependência após queda mecânica com fratura pré-trocanteriana do fémur esquerdo operado em Setembro de 2013.
Medicação em ambulatório	Bisoprolol 2, 5 mg 2 x dia DNI 60 mg 2 x dia Nolotil 1 cp em SOS AAS 100mg 1 x dia Omeprazol 20mg 2 x dia Zaldiar 1 cp em SOS
Situação Actual familiar, habitacional, social:	Agregado Familiar: Vive com a filha D. A Cuidador Informal: As 2 filhas D. A e D. M Morada: Oeiras Profissão: Caseiro Tem apoio domiciliário 1x dia do Centro paroquial da sua área de residência. Ajuda das filhas, na preparação de terapêutica, administração da alimentação, posicionamento e muda de fraldas. Dependente em todas as AVD'S.

2. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

1º Contacto com a Cliente	19/01/14
Avaliação Psicológica	Em alerta e acordado, orientado em si, no espaço e no tempo
Comunicação	Com fluência, repetição, compreensão dificultada por hipoacusia marcada. articulação dos sons presente e normal para a sua idade.

Circulação / Oxigenação				
Data	19/01/2014	20/01	30 /01/2014	
Temperatura	N/R	N/R	36,5	
Tensão Arterial	110/62 mmHg	110/50	135/68	
Frequência cardíaca	54 bpm	45bpm	59 bpm	
Frequência respiratória	20 c. min	19/c. min	21 c. min	
SO2	99 %	99%	99%	
Padrão Respiratório	Tipo: Espontânea Padrão: Tarcoabdominal Amplitude: Média Ritmo: Regular Simetria: Presente			
Secreções:	Ausente			
Pele e Mucosas:	Pele quente e seca, Descorada mas hidratada. Apresenta na região plantar equizema disidrótico.			

Considero que os seguintes níveis são os seguintes graus de dependência:

Nível 0: 0,5 a 2 – Grau reduzido

Nível 3 e 4 – Grau moderado

Nível 5 a 7 – Grau elevado

Nível 9 e 10 – Grau muito elevado

Auscultação Pulmonar	Murmúrio Vesicular	1/3 Superior	Presente Esq. e Dto.
		1/3 Médio	Presente Esq. e Dto.
		1/3 Inferior	Presente Esq e Dto
	Ruídos Adventícios	1/3 Superior	Ausentes
		1/3 Médio	Ausentes
		1/3 Inferior	Ausentes

<i>Estado de Consciência – ESCALA DE GLASGOW</i>	
Abertura dos Olhos	4 – Espon taneamente 3 – Por ordem 2 – À ordem 1 – Nula
Resposta Verbal	5 – Orientado 4 – Confusa 3 – Delirante 2 – Incompreensível 1 – Nula
Resposta Motora	6 – Obedece a ordens 5 – Localiza a dor 4 – Foge à dor 3 – Flexão anormal 2 – Em extensão 1 – Nula
Score	15

(O que está assinalado a preto foi a resposta do cliente)

<i>Eliminação Vesical</i>	
Padrão habitual de eliminação vesical	Incontinência de esfínteres Dependente em grau elevado

<i>Eliminação intestinal</i>	
Padrão habitual de eliminação intestinal	Incontinência de esfínteres dependente em grau elevado

<i>Sono e Repouso</i>	
Padrão habitual de sono e repouso	Horas de sono por noite: entre 6 a 8 horas
Padrão actual de sono e repouso	Dorme por períodos (refere a filha)

3. AVALIAÇÃO DE ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

MIF – Medida de Independência Funcional

	<u>Data de 1º contacto com 0 cliente:</u>
<u>Auto-cuidados</u>	
A. Alimentação	1
B. Higiene Pessoal	1
C. Banho	1
D. Vestir metade superior	1
E. Vestir metade inferior	1
F. Utilização da sanita	1
<u>Controlo dos Esfíncteres</u>	
G. Bexiga	1
H. Intestino	1
<i>Mobilidade:</i>	
<u>Transferências</u>	
I. Leito, cadeira, Cadeira de rodas	3
J. Sanita	1
K. Banheira, Duche	1
<u>Locomoção</u>	3
L. Marcha / Cadeira de rodas	1
M. Escadas	
<u>Comunicação</u>	
N. Compreensão	5
O. Expressão	7
<u>Cognição Social</u>	
P. Interação social	3
Q. Resolução de problemas	2
R. Memória	2
<u>Total</u>	36

Níveis:

7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)

6 – Independência modificada (ajuda técnica)

Dependência modificada

5 – Supervisão

4 – Ajuda mínima (Indivíduo participa em $\geq 75\%$)

3 – Ajuda Moderada (Indivíduo participa em $\geq 50\%$)

Dependência Completa

2 – Ajuda Máxima (Indivíduo participa em $\geq 25\%$)

1 – Ajuda total (Indivíduo participa em $\leq 25\%$)

Considero que os seguintes níveis são os seguintes graus de dependência:

Nível 7, 6 e 5 – Grau reduzido

Nível 4 e 3 – Grau moderado

Nível 2 – Grau elevado

Nível 1 – Grau muito elevado

II - AVALIAÇÃO MOTORA/SENSITIVA

1. FUNÇÕES SOMATO-MOTORAS

AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR - ESCALA DE LOWER

Data de avaliação:

Legenda: 0/5- Paralisia completa/ Ausência de contracção 1/5- Esforço de contracção visível mas não produz movimento 2/5- Movimento activo possível não vencendo a força da gravidade 3/5- Movimento activo possível vencendo a força da gravidade 4/5- Movimento activo vencendo a resistência do observador 5/5- Força normal	MSup/ Inf Dto	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação interna/ pronação/ inversão	Rotação Externa/ supinação/ eversão	Desvio Radial	Desvio Cubital
	Dedos mão	5/5	5/5	5/5	5/5				
	Punho	5/5	5/5					5/5	5/5
	Antebraço					5/5	5/5		
	Cotovelo	5/5	5/5						
	Ombro	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5		
	Dedos pé	3/5	3/5	3/5	3/5				
	Tíbio-társica	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5		
	Joelho	3/5	3/5						
	Coxo- femural	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5		

Avaliação do Tónus Muscular

HEMICORPO DIREITO / ESQUERDO:

MEMBRO SUPERIOR	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Int. Pronação	Rotação Ext Supinação	Desvio radial	Desvio Cubital	Oponência Elevação
Escapulo-umeral	E /E	E/E	E /E	E/E	E /E	E/E			E
Cotovelo	E /E	E/E							
Antebraço					E /E	E/E			
Punho	E /E	E/E					E /E	E/E	
Dedos	E /E	E/E	E /E	E/E					
Polegar	E /E	E/E	E /E	E/E					E
MEMBRO INFERIOR	Flexão Bâscula ant	Extensão Bâscula .post.	Adução	Abdução	Rotação Int. Inversão	Rotação Ext Eversão			
Bacia		E/E							
Coxo-fémural	E /E	E/E	E /E	E/E	E /E	E/E			
Joelho	E /E	E/E							
Tibio-tarsica	E /E	E/E			E /E	E/E			
Dedos	E /E	E/E	E /E	E/E					

LEGENDA:

Hipotonicidade (H)

Espasticidade (E) seguido do número correspondente à Escala de ASHWORTH Modificada

- 0 Tónus Normal
- 1 Hipertonia muito ligeira (mínima resistência no fim do movimento)
- 1+ Hipertonia muito ligeira (mínima resistência durante todo o movimento)

Considerando que os seguintes níveis correspondem aos seguintes graus de dependência:

Tónus 0 a 1 – Grau reduzido
Tónus 1+ a 2 – Grau Moderado
Tónus 3 a 4 – Grau elevado

2 - FUNÇÕES SOMATO-SENSITIVAS

2.1- Sensibilidade

Legenda: M- Mantida D- Diminuída 0- Ausente N- Não Realizada				
<i>Data da avaliação:</i>				
	Táctil	Dolorosa	Térmica	Postural
Hemiface direita	M	M	M	M
Hemiface esquerda	M	M	M	M
Hemitorax direito	M	M	M	M
Hemitorax esquerdo	M	M	M	M
Membro Sup Dto.	M	M	M	M
Menbro Sup Esq.	M	M	M	M
Membro Inf. Dto	M	M	M	M
Membro Inf. Esq.	M	M	M	M

Avaliação do Enfermeiro Especialista de Reabilitação

Doente com 102 anos, referenciado pela EGAS de um hospital da região de Lisboa, do Serviço Medicina onde esteve internado de 31/12/2013 a 16/01/2014, com o diagnóstico de traqueobronquite aguda e Pneumonia Adquirida na Comunidade, medicado empiricamente com antibioterapia Levofloxacina e por agravamento imagiológico, acrescentado Claritromicina. Durante o internamento, diagnosticado Equizema Desidrótico, após observação da Dermatologia por lesões bolhosas, medicado com dipropionato de beclometasona com boa evolução. Constatou-se ainda durante o internamento, episódio de taquifibrilhação que reverteu após instituição de terapêutica. Por vômitos acastanhados, realiza Endoscopia Digestiva alta, com o diagnóstico de Hérnia de deslizamento e bulbite. Foi necessária algaliação por retenção urinária. Por esse motivo iniciou tansulosina revertendo o quadro.

AP: Cardiopatia isquémica, bronquite crónica e hipoacusia marcada dependente de terceiros nas actividades da vida diária com agravamento do grau de dependência após queda mecânica com fractura pré-trocanteriana do fémur esquerdo operado em Setembro de 2013.

1ª Avaliação:

Apresenta-se vigíl, colaborante, orientado no Tempo, Espaço e Pessoa. Comunicação dificultada por hipoacúsia marcada, mas com boa interação familiar. Integridade cutânea mantida mas com pele friável e seca. Mantém a nível da região plantar, lesões em fase de cicatrização, mas com ligeiros sinais inflamatórios a nível da região plantar esquerda mais centralizada. Aplica-se Aquacel AG e ligadura de contenção. Realiza-se tratamento 2x por semana.

Alimenta-se de dieta passada com ajuda de terceiros. Reforça-se necessidade de maior ingestão hídrica, por recusar água.

Mobilidade: Necessita de ajuda parcial nos posicionamentos, inicia movimento mas não consegue concluir. Apresenta força MS 5/5 e MInf 3/5 segundo a escala de de Lower. Assume equilíbrio estático e dinâmico sentado presente e em pé com estático e dinâmico diminuído, com ajuda de terceiros. Faz levante diário com carga nos membros inferiores que tolera bem cerca de 3 horas em cadeira de rodas.

Higiene: Efetuada 1x dia no leito, pelas ajudantes familiares da associação paroquial da área de residência. Restantes cuidados assegurados pelas filhas, cuidadoras principais.

Eliminação: Apresenta alterações a nível do controle de esfíncteres. Utiliza fralda.

Respiração: Eupneico em repouso, respiração toraco-abdominal de média amplitude, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido em todas as áreas pulmonares e sem presença de ruídos adventícios.

Programa de Reabilitação instituído:

RFR: com Abdomino-diafragmáticos, Abertura costal e mobilização da articulação escapulo-umeral.

RFM: Mobilização ativas resistidas dos minfs deitado, levante com Minf pendentes e levante diário com carga nos membros inferiores para cadeira de rodas.

Tem como ajudas técnicas:

Cama articulada; cadeira de rodas e cadeira sanitária e banho.

Plano Intervenção Individual:

Gestão Terapêutica;

Programa de RFR E RFM (3 x semana), com cerca de 6 a 7 repetições cada técnica.

Ensino aos cuidadores sobre alterações de sintomatologia de descompensação respiratória e cardíaca, para prevenção de complicações graves e precoce referência hospitalar.

Ensino sobre prevenção de Quedas.

Ensino sobre prevenção de UP.

Articulação com MF para avaliação do doente e revisão terapêutica.

Tratamento de ferida

III - PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Alteração da mobilidade relacionada com alteração do tónus muscular dos minf , manifestada por dependência nas AVD ao nível de:	<p>Promover autocuidado adequado á sua situação.</p> <p><u>Mobilidade:</u></p> <p>Recuperar força muscular</p> <p>Preservar a amplitude dos movimentos</p> <p>Evitar ou inibir a instalação da espasticidade</p> <p>Melhorar o equilíbrio sentado e em pé</p> <p>Prevenir complicações da imobilidade durante o período em que está no leito</p>	<p>Explicar os objetivos do programa de reabilitação e a forma como pode colaborar;</p> <p>Avaliar o grau de força muscular, usando a escala de Lower;</p> <p>Solicitar a sua colaboração nas atividades em que este é capaz de colaborar;</p> <p>Realizar mobilizações passivas assistidas de todos os segmentos articulares dando ênfase ao MIN.</p> <p>Ensinar e estimular a automobilização dos MSUP/MINF.</p> <p>Treinar o equilíbrio sentado estático e dinâmico;</p>	<p>19/01/2014 Utente no leito. Faz-se levante para cadeiras de rodas.</p> <p><u>20; 23;24; 27;30; 31</u></p> <p>Participa no programa de reabilitação.</p> <p>Faz, o exercício da ponte e o “rolar” na cama.</p> <p>Demonstra interesse nestas atividades, realizando as automobilizações sempre que solicitado.</p>

Plano de Cuidados
IV Curso de Mestrado em Enfermagem- Especialidade de Reabilitação

		<p>Realizar o exercício da ponte e rolar na cama;</p> <p>Executar transferência da posição de deitado para sentado no leito, com minf pendentes.</p> <p>Executar transferência da posição de sentado para a posição de pé.</p> <p>Realizar levante com o doente, para cadeira de rodas.</p> <p>Avaliar TA, para despiste de alterações hemodinâmicas decorrentes do levante;</p> <p>Iniciar treino de marcha;</p> <p>Prevenir complicações da imobilidade (úlceras pressão), onde se inclui o levante diário e posicionamentos.</p>	<p>Necessita ainda de muito apoio para se manter em pé.</p> <p>Levante para cadeira rodas, com a sua participação. Tolerar cerca de 3 horas diárias</p> <p>Parâmetros hemodinâmicos estáveis.</p> <p>Ajuda total no treino de marcha.</p> <p>Sem sinais de pressão. Para alternar decúbitos necessita de apoio mas participa através dos exercícios aprendidos (automobilização, ponte, rolar).</p>
--	--	---	---

Plano de Cuidados
IV Curso de Mestrado em Enfermagem- Especialidade de Reabilitação

	<u>Alimentação:</u> Obter autonomia	Incentivar à alimentação autonomamente. Orientação das cuidadoras, relativamente à necessidade de estimular o Sr. J.V. na sua autonomia nas refeições, substituindo-o apenas no que for absolutamente necessário. Proporcionar um momento da refeição calmo, e com uma superfície estável para a refeição.	<u>20; 23;24; 27;30; 31</u> Participação ativa do Sr. JV na condução de alimentos sólidos à boca. Boa tolerância à alimentação efetuada.
--	---	--	---

Plano de Cuidados
IV Curso de Mestrado em Enfermagem- Especialidade de Reabilitação

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Risco de úlcera de pressão relacionada com a imobilidade	Manter a integridade cutânea Ausência de U.P	<p>Ensino sobre mudanças de decúbito quando estiver no leito;</p> <p>Reforço da necessidade de ingestão hídrica para hidratação;</p> <p>Realizar higiene pessoal diariamente e sempre que necessário;</p> <p>Manter programa de reabilitação motora.</p> <p>Levante para cadeira de rodas.</p>	<p><u>20; 23;24; 27;30; 31</u></p> <p>Manteve integridade cutânea.</p>

Plano de Cuidados
IV Curso de Mestrado em Enfermagem- Especialidade de Reabilitação

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Alteração da Eliminação Vesical e Intestinal relacionado com incontinência urinária e intestinal, manifestado por perdas na fralda.	Obter autonomia na eliminação vesical e intestinal e controlo de esfíncteres	Promover a consciencialização da vontade e do ato de	<u>20; 23;24; 27.31</u> Mantem-se insucesso

Plano de Cuidados
IV Curso de Mestrado em Enfermagem- Especialidade de Reabilitação

	Prevenir riscos associados	<p>urinar e defecar, lembrando-o desse aspeto.</p> <p>Ensino às cuidadoras de oferecer frequentemente a possibilidade de urinar no urinol e defecar na cadeira sanitária.</p> <p>Detetar precocemente eritemas devido ao contacto da pele com a urina e fezes.</p> <p>Vigiar a fralda e características da urina e fezes regularmente.</p>	<p>na utilização da cadeira sanitária e urinol.</p> <p>Recorre ao uso de fralda.</p>
--	----------------------------	--	--

Plano de Cuidados
IV Curso de Mestrado em Enfermagem- Especialidade de Reabilitação

Diagnóstico Enfermagem	Objetivo	Intervenções	Avaliação
Risco de alteração do padrão respiratório relacionado com a imobilidade no leito.	<p>Manter padrão respiratório eficaz</p> <p>Melhorar a ventilação / perfusão pulmonar</p>	<p>Ensino de dissociação dos tempos respiratórios, bem como de expansão torácica.</p> <p>Respiração abdomino-diafragmática</p> <p>Ensino da tosse.</p> <p>Ensino sobre a associação dos tempos respiratórios à automobilização dos MSUP E INF</p> <p>Ensinos às cuidadoras de alimentação ser efetuada sentado e costas direitas.</p> <p>Auscultação pulmonar</p>	<p><u>20; 23;24; 27.</u></p> <p>Apresenta-se ativo e participativo no programa de reabilitação</p> <p>Tosse eficaz</p> <p>Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular mantido e ausência de ruídos adventícios.</p>